別記第１号様式（第７条関係）

育

長岡市不育治療費助成金支給申請書兼請求書

年　　月　　日

（宛先）長 岡 市 長　様

次のとおり長岡市不育治療費助成金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

※太枠内をご記入ください

申請者	氏　名		生年月日	年　　月　　日
	住　所	〒　　昼間の連絡先電話番号　　（　　）		
配偶者	氏　名		生年月日	年　　月　　日
	住　所	※　申請者と異なる場合のみ記入		
振込先	金融機関名	銀行、信金、農協 信組、労金	本店・営業部 支店・出張所	
	金融機関ｺｰﾄﾞ（数字４ケタ）	※ゆうちょ銀行は記載不要	店番号（数字３ケタ）	※ゆうちょ銀行は記載不要
	預金種別	普通　　当座	口座番号	
	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	口座名義人（申請者名義）			

※原則申請者の口座になります。申請者以外の口座の場合、委任状が必要です。

添付書類

1　長岡市不育治療費助成事業受診等証明書（第２号様式）
2　医療機関、調剤薬局が発行した領収書及び診療明細書　※原本（後日返却します。）
3　事実婚の場合は、事実婚関係に関する申立書（第３号様式）、両人の戸籍の全部事項証明書又は戸籍謄本
4　高額療養費や付加給付等がある場合は、その金額が確認できる書類の写し、限度額適用認定証等
5　振込先口座の写し

同意書（自署）

助成を受けるにあたり必要があるときは、長岡市が住民記録等の公簿等の確認を行うことや医療機関等に確認することに同意します。

（申請者） 氏名	（配偶者） 氏名

---------- 以下長岡市記入欄 ----------

上記の申請について、以下のとおり決定よろしいでしょうか。

所　長	副所長	係　長	係	
				起案　・　・
				決裁　・　・

受付

助成する　・　助成しない

交付決定額 円

支出命令番号										
							－			

別記第１号様式（第７条関係）

治療内訳（太枠内の該当箇所を記入してください）

保険診療分のみご記入ください。入院時の食事代は対象になりません。

受診日	内容（当てはまるものに☑）		①	②
	検査・治療	薬局	治療費用（保険適用分）	助成額 ※長岡市が記入
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
年　月　日				
申請額（①治療費用の合計額）				

不育治療を受けたことに対する給付金等があればその金額

③ 給付金等	

---------- 長岡市記入欄 ----------

助成金額（②の合計額－③）※上限 10 万円