



市川市不妊治療費助成金支給申請書兼請求書  
（一般不妊治療用）

令和 年 月 日

市川市長

年度市川市不妊治療費助成金の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

申請者	フリガナ									
	氏名	⑩								
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	（ 歳）				
	住所	〒	—	電話	（ ）		市川市			
配偶者	フリガナ									
	氏名									
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	（ 歳）				
	住所	〒	—	電話	（ ）					
内訳		<p>A 医療機関の証明金額合計×1/2（1円未満切捨て）  <math>\times 1/2 =</math> _____</p> <p>B 院外処方の領収金額合計×1/2（1円未満切捨て）  <math>\times 1/2 =</math> _____</p> <p>※院外処方が無い場合は、B欄は空欄のままとしてください。</p> <p>A+B = _____</p> <p>上記の額と50,000円とを比較していずれか少ないほうの額が助成申請額となります。</p>								
助成申請額		円								
受給歴	<p>・過去に他の地方公共団体から一般不妊治療に係る助成を受けたことがありますか。</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>あり（ 年度 ）</p>									
金融機関名	銀行・組合 金庫・農協				本店・支店 出張所					
コード番号										
預金種別	普通・当座	口座番号								
フリガナ										
口座名義人										

○ 添付書類省略のための同意について

私と配偶者は、市川市不妊治療費助成金支給規則第5条第2項第3号から第5号までに掲げる書類を市川市が公簿等で確認することについて

同意します

同意しません

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

配偶者 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

---- 以下は記入しないでください。 -----

受付場所		受付者
<input type="checkbox"/>	保健センター	
<input type="checkbox"/>	南行徳保健センター	