

不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）南砺市長

下記の事項に同意の上、関係書類を添えて南砺市不育症治療費助成金を申請及び請求します。  
記

- 1 助成金の交付要件を確認するため、市が申請者及び同一世帯家族の個人情報を公簿等で確認すること。
- 2 市が申請者及び同一世帯家族の個人情報を公簿等で確認できない場合は、市からの要請に基づき、関係書類を市に提出すること。

申請者		申請者				配偶者			
	(ふりがな) 氏名								
	生年月日	年 月 日 ( 歳)				年 月 日 ( 歳)			
		※今回申請する治療開始日(受診証明書の「検査・治療期間」の初日)における年齢を記入してください。							
住所 ※夫婦同居 所の場合 は、一方の み記載	〒 —				〒 —				
	(TEL — — )				(TEL — — )				
申 請 額 金 円									
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協				本店・支店 出張所			
	種別	1 普通	2 当座	口座番号					
	フリガナ								
	口座名義								

備考 (1) 太枠の中を記入してください。

(2) 次の書類を添付してください。

- ア 不育症治療費医療機関受診証明書（様式第2号）
- イ 不育症治療費に係る保険医療機関又は保険薬局の発行する領収書
- ウ 申請者及び配偶者の健康保険証の写し
- エ 戸籍抄本（新規申請又は申請者及び配偶者が同一世帯でない場合）
- オ 振込先を確認できる通帳等の写し
- カ 申請者及び同一世帯家族の市税の完納証明書

【市処理欄】 上記申請の不育症治療費助成について、下記のとおり決定する。

交付決定金額	
交付決定年月日	
交付決定通知年月日	

歳出科目（節）	請求日 <input type="checkbox"/>	請求者 <input type="checkbox"/>	検収印
支払予定日 年 月 日	支払額 <input type="checkbox"/>	口座番号 <input type="checkbox"/>	

受付印

