

## 不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

不育症治療費に対する助成を受けたいので、加東市不育症治療費助成事業実施要綱第6条の規定により申請します。なお、申請に当たり、次の事項について同意します。

- 1 審査に必要な範囲で、住民票の確認を行うこと。
- 2 従前の住所地の自治体での助成の有無の確認を行うこと。

記

	( ふ り が な ) 氏 名	生 年 月 日
夫	( )	年 月 日 生 ( 歳)
妻	( )	年 月 日 生 ( 歳)
住所(※1)	〒	電話 ( )
住所(※2)	〒	電話 ( )
申 請 者 氏 名 _____  申 請 額 金 _____ 円  年 月 日		
加東市長 様		
振 込 先 (※3)	金融機関名	銀行 金庫 農協
	預金種別	普通 当座
	口座番号	(ふりがな) 口座名義人 ( )
		(左詰記入)
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日 年 月 日
受給者番号		

注1) 太枠の中をご記入ください。

※1: 夫婦の住所を記入する。

※2: 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合に記入する。

※3: 口座名義人は申請者の個人名義であること。

注2) 申請期限、助成要件等があるので、あらかじめご確認ください。

(添付書類) 1. 不育症治療受診等証明書(様式第2号)

2. 領収書(受診等証明書の領収年月日及び領収金額と一致するもの)

市受付印

