

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

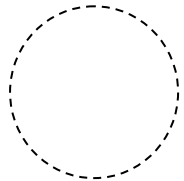
	(ふ り が な) 氏 名	生 年 月 日	
夫	()	年 月 日 生 (歳)	
妻	()	年 月 日 生 (歳)	
住所(※1)	〒	電話 ()	
住所(※2)	〒	電話 ()	
申 請 者 氏 名 _____ 申 請 額 金 _____ 円 年 月 日			
加東市長 様			
振 込 先 (※3)	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	(ふ り が な) 口座名義人 ()
	口座番号		(左詰記入)
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
受給者番号			

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。

市受付印



- (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)

夫及び妻の所得額

平成 () 年分	夫(A)	妻(B)	控除額(C)	計(A+B-C)	適・否