

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、住民票及び所得証明書の確認並びに医療機関又は薬局に対し検査又は治療の内容の確認を行うこと。
- 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 本店 金庫 支店 農協 出張所
	預金種別	普通 口座名義人 () 当座
	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。

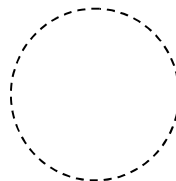
※1: 夫婦の住所を記入する。

※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

令和 ()年分	夫(A)	妻(B)	控除額(C)	計(A+B-C)	適・否