

様式第1号(第4条関係)

特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

瀬戸内市長

様

申請者

住 所

番地

氏 名

㊞

電話番号

年度において不妊治療費助成金の交付を受けたいので、瀬戸内市不妊治療費助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

なお、私の世帯に係る課税台帳等税務関係資料を不妊治療費助成金交付事務担当者が閲覧することを承諾します。

交付申請額											
加入 医 療 保 険	夫	(ふりがな) 氏 名				(どちらかに○) 本人 ・ 被扶養					
		保 険 者 名 (発行機関)				保 険 者 番 号					
	妻	(ふりがな) 氏 名				(どちらかに○) 本人 ・ 被扶養					
		保 険 者 名 (発行機関)				保 険 者 番 号					
婚姻年月日		年 月 日									
助 成 金 振 込 先	金融機関名		銀行 本店 金庫 支店 農業協同組合 支所								
	口座番号		普通 当座								
	(ふりがな)										
	口座名義人										

添付書類

- (1) 特定不妊治療受診等証明書(様式第2号)
- (2) 医療機関の発行する領収書
- (3) 住民票(続柄が記載されたもの)
- (4) 健康保険証の写し
- (5) 岡山県不妊治療支援事業承認決定通知書の写し