

様式第1号(第4条関係)

瀬戸内市不育治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

瀬戸内市長 様

年度において不育治療費助成金の交付を受けたいので、瀬戸内市不育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育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。

また、必要な場合は、医療機関へ照会することに同意します。

交付申請額		円							
申 請 者 (妻)	(ふりがな)							生年月日	年 月 日
	氏名	Ⓜ							
	住所							電話番号	
配 偶 者 (夫)	(ふりがな)							生年月日	年 月 日
	氏名	Ⓜ							
	住所							電話番号	
住民登録年月日		申請者 年 月 日							
		配偶者 年 月 日							
婚姻年月日		年 月 日							
助 成 金 振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農業協同組合						本店 支店 支所	
	口座番号	普通 当座							
	(ふりがな)								
	口座名義人								

添付書類

- (1) 専門医療機関証明書
- (2) 不育治療実施医療機関証明書
- (3) 戸籍抄本(外国人にあっては婚姻が確認できる書類)
- (4) 妻の住民票の写し
- (5) 不育治療を行った医療機関発行の領収書