

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

特定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特定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。

申請者 (口座名義人)	フリガナ							生年月日	年 月 日
	氏名								
	住所							電話番号	
申請者の配偶者	フリガナ							生年月日	年 月 日
	氏名								
	住所							電話番号	
申請金額		(男性不妊治療を除く)						円	
		(男性不妊治療)						円	
助成金振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協						本店 支店 出張所・支所	
	預金種別	普通 ・ 当座	フリガナ						
			口座名義人						
口座番号							(右詰記入)		

添付書類

- (1) 岡山県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書の写し
- (2) 岡山県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診証明書の写し
- (3) 住民票 (続柄が記載されたもの)
- (4) その他市長が必要と認める書類