

## 不妊治療費補助金交付申請書

年 月 日

佐野市長 様

申請者 住所

氏名

電話

次のとおり不妊治療費補助金の交付を受けたいので申請します。

	夫	妻
氏 名		
生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
個 人 番 号		
加 入 健 康 保 険 名		
高 額 療 養 費 制 度 申 請	有 ( 円 ) ・ 無	
付 加 給 付 制 度 申 請	有 ( 円 ) ・ 無	
そ の 他 の 補 助	有 ( 円 ) ・ 無	
	領収書の合計額	交付申請額
① 保 険 診 療 (1/2、上限10万円)	円	円
② 保 険 診 療 対 象 外 (上限30万円)	円	円
合 計 (① + ② )	円	円
金 融 機 関 名	銀行・信用金庫 農協・労働金庫	店 名 等 本店・支店・出張所
口 座 種 別	普通・当座	フリガナ
口 座 番 号		口座名義人
添 付 書 類	(1) 夫婦であることを確認できる書類（戸籍謄本等）。なお、住民票に夫婦の氏名及び続柄の記載がある場合は不要 (2) 不妊治療費受診等証明書 (3) 医療機関が発行する不妊治療費の領収書の写し (4) 住民基本台帳の記録、市税の納付状況の確認に係る同意書	