

不育症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

次のとおり不育症治療費補助金の交付を受けたいので申請します。

氏名		生年月日 個人番号		加入医療保険名
夫		年 月 日		
妻		年 月 日		
領収書の合計額 (保険診療対象外のもの)		円		
国・県からの助成の有無		有(円) ・ 無		
医療保険等からの助成の有無		有(円) ・ 無		
交付申請額		円		
振 込 先	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	口座番号	
	フリガナ			
	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（ただし、市の住民基本台帳の記録により夫婦であることを確認できる場合は、必要ありません。） (2) 不育症治療費受診等証明書 (3) 医療機関が発行する不育症治療に係る領収書の写し (4) 住民基本台帳の記録、所得の額及び市税の納付状況の確認に係る同意書			