別記様式第１号（第５条関係）

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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 生年月日 | 加入医療保険名 |
| 個人番号 |
| 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（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及び市税の納付状況の確認に係る同意書
 |