

鳥羽市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

鳥羽市長 様

次のとおり、不育症治療の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	Ⓜ		
	住所		電話番号	
配偶者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	Ⓜ		
	住所		電話番号	
婚姻年月日		年 月 日		
この申請の診療期間		年 月 日～ 年 月 日		
申請金額		円		
過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある →過去 () 回受けた 助成金を受けた自治体は (県・ 市町村)				
助成金振込先	金融機関名	銀行・農協 信漁連・信金		本店・支店 出張所
	口座番号	普通 当座		
	フリガナ			
	口座名義人			
調査の同意欄 審査にあたり必要な場合は、不育症治療費助成金交付事務担当者が医療機関に照会すること、住民基本台帳および夫婦の所得状況等を確認する必要書類を照会することに同意します。 申請者 Ⓜ 配偶者 Ⓜ				

添付書類

- 1 不育症治療医師証明書
- 2 不育症治療医療機関証明書
(領収書等で保険適用外の不育症治療費が確認できる場合は省略)
- 3 不育症治療を行った医療機関発行の領収書
- 4 法律上の婚姻関係にあることを証明できる書類 (住民票、戸籍謄本等)

市記入欄	受理年月日	年 月 日
	決定年月日	年 月 日 承認・不承認
	決定金額	円