

様式第1号（第5条関係）

潟上市不育治療費助成事業申請書兼請求書

年 月 日

潟上市長 様

次のとおり、不育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。
なお、必要な場合は、医療機関へ照会することに同意します。

申請者 (妻)	フリガナ		生年月日	年 月 日				
	氏名							
	住所	潟上市		電話番号				
配偶者 (夫)	フリガナ		生年月日	年 月 日				
	氏名							
	住所	潟上市		電話番号				
婚姻年月日		年 月 日						
住民登録年月日		申請者		年 月 日				
		配偶者		年 月 日				
申請金額		(治療に直接要した費用、ただし30万円を超える場合は30万円とする。)						
助成 金振 込先	金融 機関名	銀行		本店				
		金庫		支店				
		農協		出張所				
	口座番号	普通 当座						
	フリガナ							
	口座名義人							

添付書類

- 1 潟上市不育治療費助成事業申請書兼請求書
- 2 不育治療医療機関証明書（様式2号）
- 3 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（様式第3号）
- 4 秋田県不育症検査費用助成事業承認決定通知書の写し
- 5 指定医療機関発行の領収書の写し
- 6 助成金振込先金融機関の通帳の写し

※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			