

様式第 1 号（第 5 条関係）

潟上市先進医療等不妊治療費交付申請書

年 月 日

潟上市長 様

潟上市先進医療等不妊治療費助成金の申請にあたり、引き続き潟上市へ在住するとともに、関係書類を添えて、次のとおり先進医療等不妊治療費助成金の交付を申請します。

		(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日	
申請者				年 月 日 (歳)	
配偶者				年 月 日 (歳)	
申請者住所		潟上市		電話 ()	
配偶者住所 (申請者と異なる場合のみ記入)				電話 ()	
申請額 _____ 円 (治療に直接要した費用。ただし、秋田県先進医療等不妊治療費助成事業による助成決定額を控除した額とする。)					
振 込 先	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 農業協同組合 出張所			
	種 別	1. 普通 2. 当座	口座番号		
	口座名義人	ふりがな			
		氏 名			

※ 添付書類

- ① 秋田県先進医療等不妊治療費助成事業受診等証明書の写し及び秋田県先進医療等不妊治療費助成事業協力医療機関受診等証明書の写し
- ② 秋田県先進医療等不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
- 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2号）
- ④ 指定医療機関が発行した領収書等の写し