

臼杵市不妊治療費助成金交付申請兼請求書

年 月 日

(あて先) 臼杵市長

[申 請 者]

住 所

氏 名

印

(自署又は記名押印)

電 話 番 号

次のとおり、臼杵市不妊治療費助成金の交付を受けたいので、臼杵市不妊治療費助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請及び請求します。

	(ふりがな) 氏 名	生年月日
夫	()	年 月 日生 (歳)
妻	()	年 月 日生 (歳)
住所 (注1)	〒	電話番号
婚 姻	年 月 日	年 月 日
申請・請求額	治療期間	年 月 日～ 年 月 日 円
	治療期間	年 月 日～ 年 月 日 円
	治療期間	年 月 日～ 年 月 日 円
	治療期間	年 月 日～ 年 月 日 円
	合 計	円

(注1) 夫婦の住所が異なる場合に記入する。

振込先指定金融機関

金融機関名	銀行 金庫 組合 農協	預金種別	普通・当座・その他 ()
		口座番号	
	本店 支店 支所 出張所	ふりがな 口座名義	

(添付書類)

- 1 医療実施証明書(様式第2号)
- 2 不妊治療に係る領収書、明細書
- 3 院外処方がある場合、当該処方せんを証明できる書類及びその領収書
- 4 夫婦の一方が市外に居住している場合、臼杵市外居住についての申立書(様式第4号)
- 5 臼杵市不妊治療費助成金交付申請に係る同意書(様式第5号)
- 6 その他市長が必要と認める書類