

総社市不育治療助成金給付申請書

年 月 日

総社市長 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。
 また、審査にあたり市が住民基本台帳・市民税課税台帳等により確認を行うこと並びに必要な場合には、医療機関へ照会することに同意します。

申請者 (口座名義人)	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		
申請金額		円 (上限10万円：1,000円未満切捨)				
助成金振込先	金融機関名	銀行		本店		
		信用金庫		支店 支所		
		農協		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 不育治療実施証明書 (様式第2号)
- 2 戸籍謄本 (外国人にあつては、住民票の写し等、婚姻を証明する書類)
- 3 医療機関の発行する領収書
- 4 健康保険証の写し

受付印欄	総社市記入欄		
	決定年月日	年 月 日	給付・不給付
	給付金額	円	