

洲本市不育症治療費助成事業申請書兼請求書

- 1 関係書類を添えて下記のとおり不育症検査及び治療費の助成を申請します。
- 2 本申請に当たり、以前居住していた地方公共団体での助成の有無の確認を行うことに同意します。
- 3 本申請に係る検査及び治療に対し、他の地方公共団体の助成を受けません。

記

		(ふ り が な) 氏 名		生 年 月 日			
	夫	()		年 月 日 生 (歳)			
	妻	()		年 月 日 生 (歳)			
	住所(※1)	〒		電話 ()			
	住所(※2)	〒		電話 ()			
申 請 者 氏 名 _____ 申 請 (請 求) 額 金 _____ 年 月 日 洲 本 市 長 様							
振 込 先 (※3)	金融機関名	銀行 金庫 農協				本店 支店 出張所	
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人		()		
	口座番号						(左詰記入)
申請受理年月日		年 月 日		(承認・不承認) 決定年月日		年 月 日	
受給者番号							

注1) 太枠の中をご記入ください。

※1: 夫婦の住所を記入する。

※2: 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合に記入する。

※3: 口座名義人は申請者の個人名義であること。

注2) 申請期限、助成要件等があるので、あらかじめご確認ください。

(添付書類) 洲本市不育症治療費助成事業受診等証明書(様式第2号又は様式第3号)

市受付印

