

丹波篠山市不育症治療費助成金支給申請書兼請求書

丹波篠山市長 様

次のとおり、丹波篠山市不育症治療費助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請（請求）します。

申請日	年 月 日					
申請者	ふりがな		ふりがな			
	氏名(夫)		氏名(妻)			
	生年月日	年 月 日 (歳)	生年月日	年 月 日 (歳)		
	電話番号	— —				
	住所	〒 — ※夫婦の住所が異なる場合に記入してください。				
住所※1	〒 — ※夫婦の住所が異なる場合に記入してください。					
請求者（口座名義人）						
氏名 _____ ⑩						
申請額 _____ 円※2						
前回申請 _____ 年 _____ 月						
振込先 ※3	金融機関名	銀行 農協 信用金庫 信用組合	本・支店名	本店 支店 出張所	種別	普通 ・ 当座
	口座番号				フリガナ	
不育症治療費助成事務に係る住民情報及び税情報（納税情報・課税情報）について、照会・調査されることについて同意します。						
請求者氏名 _____ ⑩						
申請受理年月日	年 月 日		(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日		
所得額	夫(A)	妻(B)	控除額(C)	計 (A+B-C)		
可・否						
補助対象	兵庫県補助対象 ・ 市独自補助対象					
台帳管理番号	決定額 _____ 円					
	確認日 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
	確認者 _____ ⑩					

(注) 太枠の中を記入してください。
 ※1：夫婦の住所が異なる場合に記入してください（夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合があります。）
 ※2：申請額は1回当たり20万円を限度とします。
 ※3：口座名義人は請求者であることとします（この申請書の提出により、申請者が上記振込先への助成金の振込みに同意したものとみなします。）
 (添付書類) 1. 指定医療機関が発行した領収書、2. 丹波篠山市不育症検査・治療実施証明書（様式第2号）、3. 健康保険証の写し、4. 戸籍謄本（夫婦の住所が異なる場合）