

様式第1号（第5条関係）

不育治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

豊後高田市長 様

申請者

住所 豊後高田市 _____

氏名 _____

電話番号 _____

不育治療費助成金の交付を受けたいので、豊後高田市不育治療費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

なお、審査に当たり戸籍謄本、住民票、市民税課税台帳等により、助成対象要件について確認することに同意します。

また、必要な場合は、医療機関へ照会することに同意します。

交付申請額		円						
夫	(ふりがな)						生年月日	年 月 日
	氏名							
妻	(ふりがな)						生年月日	年 月 日
	氏名							
助成金振込先	金融機関名	()					銀行 金庫 信組 農協	本店 支店 出張所 ()
	口座番号	普通 当座						
先	(ふりがな)							
	口座名義人							

添付書類

- (1) 不育治療医療機関等証明書（様式第2号）
- (2) 不育治療を行った医療機関等発行の領収書
- (3) その他市長が必要と認める書類