

平成 年 月 日

薩摩川内市長 岩切 秀雄 様

申請者 住 所 薩摩川内市〇〇町△△番地
氏 名 保健 花子



不妊治療費助成申請書

薩摩川内市不妊治療費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

なお、この助成申請にあたり、住民基本台帳等を閲覧されることに同意します。

記

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
夫	ほけん たろう 保健 太郎	昭和 平成 〇〇年 △△月 □□日生 (××歳)
妻	ほけん はなこ 保健 花子	昭和 平成 〇〇年 △△月 □□日生 (××歳)
住 所	薩摩川内市〇〇町△△番地 電話 〇〇 - △△△△	
給付を受けようとする助成額		
申請受理 年 月 日	※記入しないでください 平成 年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日 平成 年 月 日 ※記入しないでください

- (添付書類)
- 1 不妊治療受診等証明書
 - 2 市税等の完納証明書(夫婦ともに必要)
 - 3 保険証のコピー(夫婦ともに必要)
 - 4 領収書のコピー(助成対象期間のもの)

振込先

金融機関名	薩摩川内 銀行・農協 信用金庫	西開聞 本店・支所 支店 出張所・代理店
預金種別	普通・当座	
口座番号	1234567	
フリガナ 口座名義人	ホケン ハナコ 保健 花子	

