

年 月 日

薩摩川内市長

様

申請者 住所
氏名

㊟

不育治療費等助成申請書

薩摩川内市不育治療費等助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不育治療費等の助成を申請します。

なお、助成申請に当たり、住民基本台帳等の審査に必要な資料を、薩摩川内市の職員が閲覧することを承諾します。

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 | 電 話 | |
| 給付を受けようとする助成額 | | |
| 申請受理 年 月 日 | 年 月 日 | (承認・不承認) 決定年月日 年 月 日 |

- (添付書類)
- 1 不育治療受診等証明書
 - 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（不育治療費及び不育治療を受けるために要した甑各港と川内港又は串木野新港間の船舶旅客運賃）のコピー

振込先

| | | |
|---------------|---------------|---------------------|
| 金融機関名 | 銀行・農協 信用金庫 | 本店・支店・支所 出張所・代理店 |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 | |
| 口座番号 | | |
| フリガナ 口座名義人 | | |

