様式第１号（第５条関係）

不育症治療費助成事業申請書

１　関係書類を添えて下記のとおり不育症治療費の助成を申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、戸籍、住民票及び所得証明書等の確認を行うことに同意します。
２　本申請に当たり、以前居住していた自治体での助成の有無の確認を行うことに同意します。
３　本申請に係る治療等に対し、他の自治体の助成を受けていません。

（添付書類）
□　不育症治療費助成事業受診等証明書（様式第２号）
□　不育症治療費助成事業受診等証明書（薬局用）（様式第３号）
□　本人負担額が確認できる領収書等の写し（受診等証明書の領収年月日及び領収金額と一致するもの）
□　夫婦の健康保険証の写し
□　戸籍謄本　□　住民票の写し
□　夫婦の所得証明書　　□　夫婦の市税完納証明書

	（　　ふ　り　が　な　　） 氏　　名	生　年　月　日
申請者 （夫）※１	（　　）	年　　月　　日生　（　　歳）
申請者 （妻）※１	（　　）	年　　月　　日生　（　　歳）
住所	〒 電話番号　　（　　）	
住所（※２）	〒 電話番号　　（　　）	

申　請　額　　金　　円

年　　月　　日

たつの市長　　様

振込先 (※３)	金融機関名	銀行・金庫　　本店 組合・農協　　支店		
	預金種別	普通　・　当座	(フリガナ) 口座名義人	（　　）
	口座番号			

※１　夫婦両方の記名が必要です。
※２　夫婦の住所が異なる場合に記入してください。
※３　振込先は、申請者のうちどちらかの個人名義とします。