

島原市不育治療費助成申請書

年 月 日

島原市長 様

島原市不育治療費助成事業実施要綱第7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の助成を申請します。

夫 <small>ふりがな</small> 氏名	印	生年 月 日	昭和 平成 年 月 日生（ 歳）		
住 所	電話				
妻 <small>ふりがな</small> 氏名	印	生年 月 日	昭和 平成 年 月 日生（ 歳）		
住 所	電話				
不育治療の 期間 ※1	年 月 日 ～ 年 月 日				
助成申請額 ※2	円				
振 込 先 （申請者の口座 に限ります。）	金融機関名	支店名	預金 種別	口座番号	フリガナ
			普通 当座		口座名義人
申 請 受 理 年 月 日			受給者番号		
			住定年月日		

※1 添付書類「不育治療費助成申請に係る証明書」（様式第2号）の「今回の治療期間」欄の日付を記入してください。

※2 添付書類「不育治療費助成申請に係る証明書」の領収金額を記入してください。

<添付書類>

- 「不育治療費助成申請に係る証明書」（様式第2号）
- 領収書（不育治療費及び不育治療に係る検査費）の写し
- 戸籍謄本及び住民票
- 夫及び妻の市税等の完納証明書
- 健康保険証の写し
- 夫及び妻の所得証明書

同意書

この申請の内容の審査において、必要な場合は、医療機関へ照会すること、また、関係部署に調査・確認することに同意します。

申請者氏名 _____ 印