

銚田市長 様

銚田市不育症治療費助成金交付申請書

銚田市不育症治療費助成金の交付を受けたいので、銚田市不育症治療費助成金交付要綱第6条の規定に基づき関係書類を添えて申請します。

なお、必要がある場合に、申請に係る必要事項（戸籍・住民基本台帳等及び所得・税の納付状況等）について、所管職員が確認することに同意します。

代表申請者	住所	
	氏名	⑤
	生年月日	年 月 日
	電話番号	
配偶者 (夫婦の別 夫・妻)	住所	<input type="checkbox"/> 代表申請者と同じ
	氏名	
	生年月日	年 月 日

加入医療保険	夫	
	妻	
医療機関	名称	
	所在地	
	電話番号	
不育症治療等に要した費用 (保険診療分を除く)		円
助成金申請額 (1の年度内に80,000円を限度)		円
過去の助成	これまでに標記事業の助成を受けたことがありますか ない・ある → 前回の内容(申請 年 月 / 円)	

代表申請者振込先	金融機関名	信用金庫 銀行・組合				支店 出張所	
	種別・番号	普通・当座					
	フリガナ						
	口座名義人						

【添付書類】

- 銚田市不育症治療医療機関等証明書
 領収書等(原本還付 有・無)
 健康保険証(夫・妻)
 住民票(夫・妻)
 納税証明書(夫・妻)
 課税(非課税)証明書(夫・妻)
 その他()