

所沢市不妊治療費助成申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 所沢市長

次のとおり、所沢市不妊治療費助成金の支給を申請します。また、助成要件確認のため本市が保有する住民基本台帳等の公簿による確認並びに他自治体及び指定医療機関に照会することに同意します。

夫	ふりがな			生 年 月 日	昭和・平成
	氏名				年 月 日
	現住所	〒			(歳)
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 - -			*日中必ず連絡のとれる電話番号を記入
妻	ふりがな			生 年 月 日	昭和・平成
	氏名				年 月 日
	現住所	〒 □同上			(歳)
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 - -			*日中必ず連絡のとれる電話番号を記入
不妊治療期間	年 月 日	～	年 月 日		
申請額	金 , 000 円 (千円未満切捨て) ※上限: 100,000円				
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店(支所) 農協 出張所			
	預金の種類	普通・当座 その他:	フリガナ 口座名義人	(夫または妻の名義の口座を記入)	
	口座番号				

※太枠内をご記入ください。

事務局記入欄

要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻	<input type="checkbox"/> 住所	令和 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 県初回助成	<input type="checkbox"/> 妻の年齢(35歳未満)	課長	主幹	リーダー	担当
	<input type="checkbox"/> 助成歴の有無					
	<input type="radio"/> 県支給決定年度		<input type="radio"/> 治療終了当該年度			
助成結果	<input type="checkbox"/> 承認	助成対象額	支給決定額	承認・不承認年月日		
	<input type="checkbox"/> 不承認	円	円	年 月 日		
備考	No.	<input type="checkbox"/> 郵送申請者		受付者		
	〒 /	<input type="checkbox"/> 領収書返却				