

様式第1号(第5条関係)

都留市不育症治療費助成事業申請書兼請求書

年 月 日

都留市長 様

都留市不育症治療費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、不育症治療費助成金の交付にあたり、市が有する個人情報を調査・閲覧すること及び市が他の地方公共団体、医療機関等に必要な情報を照会することに同意します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名(妻)			
	住所	〒402— 都留市 Tel ()		
配偶者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名(夫)			
	住所	※単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合には、記入してください。 〒 Tel ()		
請求者	氏 名 ⑩ 請求金額 金 円(10万円を限度とします。)			
振込先	金融機関名		支店名	
	預金種別	普通 ・ 当座		口座番号
	フリガナ			
	口座名義人	※請求者名義の口座を記入してください。		

※ 添付書類

- (1) 山梨県不育症治療費助成事業承認決定通知書(写)
- (2) 山梨県不育症治療費助成事業申請金額明細書(写)
- (3) 山梨県不育症治療費助成事業受診等証明書(写)及び治療費の領収書(写)

都留市処理欄

申請受理日	年 月 日	助成決定日	年 月 日
受付番号		台帳番号	

