

都留市一般不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

都留市長 様

都留市一般不妊治療費等助成金給付要綱第6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。併せて、一般不妊治療費助成金交付にあたり、住民基本台帳情報及び納税状況を調査・閲覧することに同意します。

申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日生	
	氏名（夫）	㊞			
	ふりがな		生年月日	年 月 日生	
	氏名（妻）	㊞			
	住所	〒 —	電話	—	
	住所（*）	〒 —	電話	—	
*：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。					
過去の助成実績		無・有 ある場合（ ）年度 助成を受けた自治体（当市・ 市）			
助成金交付申請額		金 円	申請年度内の治療に要した負担額の総額（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		
	ふりがな				
	口座名義人				
添付書類	1.都留市一般不妊治療費助成事業受診等証明書 2.不妊治療費の領収書（現本） 3.医療保険の被保険者証の写し（検査・治療している方のもの） 4.戸籍謄本（夫婦が別住所に居住し、婚姻関係が確認できないとき）				

注）太枠の中をご記入下さい。

◎申請の際に、印鑑と健康保険証をお持ちください。

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	