

様式第 1 号(第 5 条関係)

都留市特定不妊治療費助成事業申請書

都留市長 様

関係書類を添えて特定不妊治療の助成を申請します。

年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名(夫)				
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名(妻)				
	住所	〒402— 都留市 TEL ()			
住所(2)	※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 ()			居住する方 夫・妻	
請求者	氏 名 ⑩ 請求金額 金 円(15万円を限度とします。)				
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) 山梨県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認通知書(写)
- (2) 山梨県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書(写)と治療費の領収書(写)
- (3) 同意書

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	

同 意 書

私は、都留市特定不妊治療費助成事業実施要綱に基づき助成金の交付申請をするに当たり、私に関する次の情報について、市の実施機関又は他の市町村が保有するものを、補助金審査に係る者が閲覧又は取得することに同意します。

- (1) 戸籍
- (2) 住民票
- (3) 市税(国民健康保険税を含む。)

年 月 日

(夫)

住所

氏名

(妻)

住所

氏名