

年 月 日

稲敷市特定不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

稲敷市長 様

申請者 氏名 (印)
住所
電話

稲敷市特定不妊治療費助成事業実施規則第5条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

記

治療を受けた夫婦の氏名		生年月日		住 所			
夫		年 月 日	※				
男性不妊治療の有無 有 ・ 無		(歳)		※申請者と住所が異なる場合記入			
妻		年 月 日	※				
		(歳)		※申請者と住所が異なる場合記入			
助成申請額		円					
振込先金融機関		銀行 信用金庫 組合		支店			
口座の種別・口座番号		普通 ・ 当座					
フリガナ							
口座名義人							
添付書類 ①茨城県不妊治療費補助金交付決定書 ②申請者及びその配偶者の住所及び婚姻関係を証する書類 ③特定不妊治療に要した費用の医療機関領収書（写し） ④特定不妊治療の期間を証する書類（写し） ⑤市税に未納がないことを証する書類 この申請の審査に際し、関係書類の提出に代えて、稲敷市備付けの公簿等を照会することに同意します。 年 月 日 夫の氏名（自署） 妻の氏名（自署）							

※以下、市事務処理欄

住民となった日	夫	年 月 日	妻	年 月 日
公簿	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 戸籍 年 月 日 確認 (印)		納税	<input type="checkbox"/> 市税滞納(有・無) 年 月 日 確認 (印)