

年 月 日

稲敷市不育症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 ⑩
住所
電話

稲敷市不育症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育症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					
夫		年	月	日	(歳)		
妻		年	月	日	(歳)		
婚姻年月日	年 月 日						
助成申請額	円						
これまでの助成の有無	なし・あり→(年 月) 助成額(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稲敷市不育症検査及び治療費医療機関受診証明書 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不育症治療等に要した費用の医療機関領収書及び明細書 ④市税に未納がないことを証する書類 ※②及び④の書類は、市の公簿等を照会することに同意した場合は省略できる。 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 ⑩		納税	<input type="checkbox"/> 市税滞納(有・無) 年 月 日 確認 ⑩