

様式第1号（第7条関係）

吉野川市特定不妊治療費助成申請書

年 月 日

吉野川市長 様

特定不妊治療費の助成を受けたいので、吉野川市特定不妊治療費助成事業実施要綱第7条の規定により次のとおり申請します。

なお、特定不妊治療費助成の決定に必要な場合は、この申請に必要な世帯状況、市税等の納付状況、その他必要な事項を吉野川市が官公署、関係人に調査、報告を求めることに同意します。

申請者	夫	フリガナ	
		氏名	㊟
		生年月日	
	妻	フリガナ	
		氏名	㊟
		生年月日	
電話番号			
申請額		①特定不妊治療分	_____ 円
		②男性不妊治療分	_____ 円
		申請額合計（①+②）	_____ 円

【添付書類】

- ・徳島県こうのとり応援事業承認決定通知書の写し
- ・徳島県こうのとり応援事業受診証明書の写し
- ・特定不妊治療を受けた医療機関の領収書の写し
- ・その他市長が必要と認める書類

【吉野川市記入欄】

申請受理年月日		交付決定・却下年月日	
受給者番号		助成回数	

様式第3号（第9条関係）

年 月 日

吉野川市長 様

請求者（申請者）住所
氏名
電話番号

㊞

吉野川市特定不妊治療費助成金交付請求書

吉野川市特定不妊治療費助成事業実施要綱第9条の規定により、次のとおり請求します。

1 交付決定年月日・番号 年 月 日 吉健 第 号

2 交付請求額 金 円

3 振込先

金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義人(フリガナ)
		普通・当座		

委任状

吉野川市特定不妊治療費助成金の交付を受けるに当たり、助成金請求及び

受領について(受任者氏名) _____ に委任いたします。

年 月 日

吉野川市長様

(委任者)

住所 _____

氏名 _____ 印