

様式第 1 号 (第 5 条関係)

吉野川市長

年 月 日

吉野川市不育治療費助成申請書兼請求書

申請(請求)者住所

氏名 印
電話番号

助成金の交付を受けたいので、吉野川市不育治療費助成金交付要綱第 5 条の規定により関係書類を添えて申請します。なお、市が助成金の審査に必要な情報(住民基本台帳、市税の納付状況に関する情報等)を関係機関に確認し、調査することに同意します。

| | | | | | | |
|-------------------------------|-----------------|---|------------|--|-------|----------|
| | 対象となる検査・治療を受けた者 | | 配偶者(事実婚含む) | | | |
| フリガナ 氏名 | | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | 年 月 日 (歳) | | | |
| 住所 | 〒 | | 〒 | | | |
| 電話 | | | ※異なる場合のみ記入 | | | |
| 加入医療保険 | | | | | | |
| 今回申請する不妊治療費に対する、高額療養費や付加給付の有無 | 高額療養費 | <input type="checkbox"/> 受給あり <input type="checkbox"/> 受給申請中 <input type="checkbox"/> 受給なし | | | | |
| | 付加給付 | <input type="checkbox"/> 受給あり <input type="checkbox"/> 受給申請中 <input type="checkbox"/> 受給なし | | | | |
| 申請金額 | 金 | | 円 | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | | 支店名 | | 支店コード | |
| | | | | | 種別 | 普通 当座 |
| | フリガナ 口座名義 | | 口座番号 | | | |

※振込先の口座名義人を申請(請求)者本人以外の方とする場合は、下記の委任状に記入が必要です。

| |
|--|
| 委 任 状 |
| 私は、本件に係る受領を次の者に委任します。 |
| 住所 _____ |
| 氏名 _____ |
| 年 月 日 申請(請求)者氏名 _____ 印 |