

様式第 1 号（第 5 条関係）

記入例

吉野川市長

日付は記載しないでください。

年 月 日

吉野川市不育治療費助成金交付申請書兼請求書

申請（請求）者

住所

吉野川市●町●丁目●番地

申請者と口座名義人は
同一氏名をお願いします。

建物名●●● ●号室

氏名

吉野川 花子

電話番号

090-●●●●-●●●●

印

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	ヨシノガワ ハナコ 吉野川 花子	ヨシノガワ タロウ 吉野川 太郎
生年月日	S●●年 ●月 ●日（●●歳）	H▲▲年 ▲月 ▲日（▲▲歳）
住 所	〒●●●●-●●●● 吉野川市●町●丁目●番地 建物名●●● ●号室	※異なる場合のみ記入 〒
電 話	090-●●●●-●●●●	電話 080-●●●●-●●●●
加入医療保険	●●共済組合/国民健康保険組合など	●▲会社健康保険組合など
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 ☐ 受給あり ☐ 受給申請中 ☒ 受給なし 付加給付 ☐ 受給あり ☐ 受給申請中 ☒ 受給なし	マイナ保険証／資格確認書に記載されている名称をご記載ください。
申請金額	金	円 金額は記載しないでください。
振込先	金融機関名	支店名
	申請者と口座名義人は 同一氏名をお願いします。	口座番号
		支店コード
		種別
		普通 当座

※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

口座名義人と申請者が異なる場合は委任状が必要です。