

様式第 1 号（第 6 条関係）

年 月 日

吉野川市長

吉野川市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

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、吉野川市不妊治療費助成金交付要綱第 6 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。

	申請者		配偶者			
フリガナ 氏 名						
生年月日	年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）			
治療期間	年 月 日～ 年 月 日		治療開始日の妻の年齢	歳		
治療区分	一般不妊治療	☐ タイミング法 ☐ 人工授精 ☐ 排卵誘発法				
	生殖補助医療	☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 ☐ 男性不妊治療				
住 所	〒 電話		※異なる場合のみ記入 〒 電話			
過去の助成状況	☐ 今回が初めて ☐ （ ）回目・（ 年 月頃）・市町村名（ ）					
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	☐ 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				
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