

仙北市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

仙北市長 様

申請者 住 所

氏 名

印

TEL

仙北市不育症治療費助成金交付申請にあたり、引き続き仙北市へ在住するとともに関係書類を添えて、次のとおり申請し請求します。

(ふりがな)		昭和・平成
夫の氏名		年 月 日生 ( 歳)
(ふりがな)		昭和・平成
妻の氏名		年 月 日生 ( 歳)
(※1) 住 所	〒 — TEL ( ) —	
(※2) 住 所	〒 — TEL ( ) —	
(※3) 申請額	金 円 (第3条に定める額とする。)	
医療機関名		
過去の助成の有無	今年度、この助成事業の申請をしたことがありますか。 助成の時期 ある ・ ない (ある場合の助成額) _____ 円 年 月 日	
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所
	預金種別	普通 (ふりがな)
		当座 口座名義人
口座番号		

※1 夫婦の住所を記入してください。

※2 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

※3 不育症治療に直接要した経費の2分の1の額を記入して下さい。(ただし、助成額が15万円を超える場合は年度15万円を限度とします。)

「添付書類」

- 1 不育症治療・検査受診等証明書(様式第5号)
- 2 夫婦の戸籍謄本
- 3 夫及び妻の住民票  
(事実婚夫婦の場合は続柄に「夫(未届)」、「妻(未届)」の記載があるもの)
- 4 薬局発行の調剤明細書及び領収書(必要に応じて)