

備前市不育治療助成金給付申請書

年 月 日

備 前 市 長 様

次のとおり、不育治療の助成を受けたいので関係書類を添えて申請します。
 また、審査にあたり備前市が住民基本台帳・納税の確認を行うことならびに、
 必要な場合には、医療機関へ照会することに同意します。

申 請 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所		電話番号	
配 偶 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所		電話番号	
申 請 金 額		円(上限 30 万円 : 1,000 円未満切捨)		
助 成 金 振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店 店 支店 支所 出張所
	口座種別	普通 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

添付書類

- 不育治療実施証明書 医療機関の発行する領収書
 夫及び妻の所得証明 申請者の健康保険証の写し
 戸籍謄本(外国人にあたっては婚姻関係が確認できる書類)
 その他市長が必要と認める書類

受付印欄	備前市記入欄		
	決定年月日	年 月 日	給付 ・ 不給付
	給付金額	円	