

## 加茂市 不育症治療費助成事業補助金申請書

不育症治療費の助成につき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

加茂市長 藤田明美様

※太枠内を記入してください。

		年 月 日	
申請者・夫	(ふりがな) 氏名	( )	
	生年月日	昭和・平成	年 月 日生 ( 歳)
申請者・妻	(ふりがな) 氏名	( )	
	生年月日	昭和・平成	年 月 日生 ( 歳)
住所 1 <small>※夫婦の住所を記入</small>	〒 ( ) 電話 ( )		
住所 2 <small>※夫婦の住所が異なる場合に記入</small>	〒 ( ) 電話 ( )		
平日昼間に連絡可能な電話番号	電話 ( )	夫・妻	自宅・職場・その他 ( )
今回の申請	今年度 回目		
今回の治療に関し、他の自治体または加入医療保険への助成申請の有無		有 ( )	無
申請額	金 円 (上限200,000円)		
振込先	金融機関名	銀行 支店	
	種別	普通 当座	口座番号
	ふりがな 口座名義人		

- ・振込先には、夫婦どちらかの名義の口座を指定してください。
- ・保険医療機関での治療が助成の対象となります。

- 【添付書類】
- ①加茂市不育症治療費助成事業受診等証明書
  - ②領収書及び診療明細書など
  - ③国又は他の地方公共団体の助成を受けた場合、その決定通知書の写し