

甲斐市特定不妊治療費助成金交付申請書

●●年 ●月●●日

甲斐市長 様

次のとおり関係資料を添えて、特定不妊治療費の助成を申請します。

申請者	夫の氏名	ふりがな <u>かいし たろう</u> 甲斐市 太郎 ●●年 ●月 ●日生 (●歳)	市民になった日 ●年 ●月●日								
	妻の氏名	ふりがな <u>かいし はなこ</u> 甲斐市 花子 ●●年 ●月 ●日生 (●歳)	市民になった日 ●年 ●月●日								
	住所	甲斐市 篠原 2610									
	住所(2) *夫婦の住所が異なる場合	甲斐市									
	婚姻年月日	●●年 ●月 ●日									
助成金申請額		金 円									
<p>○甲斐市における過去の特定不妊治療費助成受給の状況</p> <p><input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 【受給回数 3 回】</p> <p>(H30 年度 2回) (H29 年度 1回) (年度 回)</p> <p>(年度 回) (年度 回) (年度 回)</p> <p>○本申請に係る山梨県等への特定不妊治療費助成申請の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無</p> <p>上記記載に相違ありません。また、助成の適性を図るために必要な場合は、他の自治体等に情報の照会、提供をすること及び医療機関に受診等証明書の内容を照会することに同意します。</p> <p>申請者 (夫)氏名 <u>甲斐市 太郎</u> ⑩ (妻)氏名 <u>甲斐市 花子</u> ⑩</p> <p>(夫及び妻が自署又は記名押印)</p>											
助成金の振込先 (申請者いずれかの 口座)	ふりがな	かいし はなこ									
	口座名義人	甲斐市 花子									
	金融機関名	●●銀行			支店名	●●支店					
	口座種別	<input checked="" type="radio"/> 普通	当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7

確認が必要なため
空欄のままお持ち
ください

添付書類 今回の特定不妊治療に係る領収書の写しを添付してください。

日中に連絡が可能な電話番号をご記入ください。(TEL : ●●●-●●●●-●●●●)