

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..... 年 月 日生 (歳)	市民になった日 年 月 日	
	妻の氏名	ふりがな..... 年 月 日生 (歳)	市民になった日 年 月 日	
	住所	甲斐市		
	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 有 ・ 無 【受給回数 回】 (年度 回) (年度 回) (年度 回) (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 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 ⑩ (妻)氏名 ⑩ (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 口座名義人			
	金融機関名	支店名		
	口座種別	普通・当座	口座番号	

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:)