

様式第1号（第6条関係）

日高市不妊治療費助成事業助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）日高市長

日高市不妊治療費助成事業助成金の交付を受けたいので、日高市不妊治療費助成事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 申請者

夫	ふりがな	
	氏名	印
	生年月日	年 月 日（ 歳）
	住所	〒
	電話番号	
妻	ふりがな	
	氏名	印
	生年月日	年 月 日（ 歳）
	住所	〒
	電話番号	

2 助成金申請額

円

3 添付書類

- (1) 埼玉県不妊治療費助成事業の不妊治療実施証明書又は男性不妊治療実施証明書の写し
- (2) 埼玉県不妊治療費助成事業の助成金支給決定通知書の写し
- (3) 治療費の領収書（原本が提出できない場合は領収書の写し）
- (4) 市税の未納がないことを証明する書類（裏面の同意書があれば省略可）
- (5) その他市長が必要と認める書類

4 助成対象不妊治療の期間

開 始	年	月	日
完 了	年	月	日

5 過去の助成状況

日高市不妊治療費	<input type="checkbox"/> なし				
助成事業	<input type="checkbox"/> あり	年度に	回	年度に	回
		年度に	回	年度に	回
埼玉県不妊治療費	<input type="checkbox"/> なし				
助成事業	<input type="checkbox"/> あり	年度に	回	年度に	回
		年度に	回	年度に	回

6 振込先口座

金融機関名	銀行					
	金庫				支店	
	農協					
預貯金種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号			
フリガナ						
口座名義人						

7 同意書（市税の未納がないことを証明する書類を添付する場合は記載不要）

<p>同 意 書</p> <p>この申請に当たり、審査のために必要な限度において、私たちの市税の納付状況について、担当職員が調査することに同意します。</p> <p>(署名又は記名押印)</p> <p>夫 氏名</p> <p>妻 氏名</p>
