

潮来市不育症検査及び治療費助成金交付申請書

潮来市長 様

申請者 住 所 〒(      -      )

氏 名



電話番号

潮来市不育検査および治療費助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり、当該助成金の交付を申請(請求)いたします。

	夫	妻
フリガナ		
氏 名		
生年月日(年齢)		
住 所 *申請者と異なる場合記入		
電 話 番 号 *申請者と異なる場合記入		
医療機関支払額(A)	円 * 保険適用外の額	
助成金申請額	円 * (A)と50,000円を比較し、少ない方の額	
検査及び治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	<p>【同意事項】 この申請に係る必要事項として、住民基本台帳記載内容及び税の納付状況等について、所管職員が確認することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">夫 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span></p> <p style="text-align: right;">妻 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span></p>	
申請区分	<input type="checkbox"/> 初回申請 <input type="checkbox"/> 2回目以降(通算 年目) <small>*通算年度は、潮来市において初めて申請した年度から。</small>	
	初回申請(      年      月      日) 前回交付(      年      月      日)	

・助成金については、以下の口座へ振込みを依頼します。

振込先金融機関名	金融機関コード	店番号
	銀行・信用金庫 農協・信用組合	
預金種別	普通・当座	口座番号
	(フリガナ)	
口座名義人		
委任状	潮来市不育症検査及び治療費助成金の受領に関し、上記口座名義人に委任します。	
	氏名 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>	

〈添付書類〉

潮来市不育症検査及び治療費医療機関受診証明書

健康保険証の写し

領収書・診療報酬明細書(医療機関発行)