

潮来市長 様

氏 名

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	
	【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。 年 月 日	
	夫	
	妻	
申 請 区 分 * 通算年度は、潮来市において初めて申請した年度から。	☐ 初回申請	
	☐ 2回目以降（通算 年 月 日）	
	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			支店・支所 出張所
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			

〈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)