

様式第1号(第6条関係)

不育症治療費補助金交付申請書

(あて先)藤岡市長		申請日	年 月 日	
申請者		ふりがな 氏 名		生年月日
	夫			年 月 日生
	妻			年 月 日生
	住 所	〒 電話 ()		
	住 所(2) (単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合)	(夫・妻)〒 電話 ()		
* 補助金交付申請額		円	*申請年度内の治療に要した夫婦負担額の2分の1(1,000円未満は切り捨てる。)を補助対象額とし、20万円を限度額とします。	
補助金の振込先	(ふりがな) 口座名義 *申請者いずれかの口座		金融機関名	
			支店名	
	預金種別	普通・当座	口座番号	
添付書類	1 医療機関受診証明書(様式第2号) 2 該当する不育症治療費の領収書 3 医療保険証の写し 4 市税に未納税額のないことの証明書 5 夫婦の住所が異なる場合は、戸籍謄本及び夫婦の戸籍附票 6 暴力団排除に関する誓約書 7 同意書(様式第3号) 8 請求書(様式第4号)			

※ 処理欄	申請受付日	年 月 日	交付決定日	年 月 日
	受付番号			交付・不交付