

様式第 1 号(第 5 条関係)

不妊治療費補助金交付申請書

(宛先) 藤岡市長		申 請 日		令和 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、10万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 該当する不妊治療費の領収書 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 8 請求書				

※ 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