

様式第1号(第6条関係)

不育症治療費補助金交付申請書

次のとおり補助金の交付を受けたいので、藤岡市不育症治療費補助金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、私たち夫婦は、この度の不育症治療に係る補助金の申請に際し、他の自治体から同様の給付を受けたか否かの調査を藤岡市が行うことに同意します。

(宛先)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 医療保険の加入が確認できるもの 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			

※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