

つくばみらい市不育症検査及び治療費助成金交付申請書

つくばみらい市長 様

申請者 氏名  
住所  
電話



つくばみらい市不育症検査及び治療費の助成に関する要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり不育症検査及び治療費の助成を申請します。

治療を受けた夫婦の氏名		生年月日						
夫		年	月	日	( 歳)			
妻		年	月	日	( 歳)			
住所								
連絡先	(夫)						(妻)	
支払額	金 _____ 円 (A)							
助成申請額	金 _____ 円 (Aと50,000円を比較して低い方の額を記入してください)							
回数・期間	回目	年	月	日	～	年	月	日
過去の助成	過去に助成金の交付をうけたことがありますか ない・ある→①通算( 回)受けた ②前回交付を受けた内容( 年 月/助成額 円)							
振込先 金融機関	銀行・信用金庫 _____ 信用組合・農協 _____ 支店							
口座種別・番号	普通	・	当座					
フリガナ								
口座名義人								
この申請の審査に際し、関係書類の提出に代えて、つくばみらい市備付けの戸籍、住民基本台帳について、公簿を照会することに同意します。								
年 月 日								
夫の氏名：								
妻の氏名：								

添付書類

- (1) 医療機関発行の領収書
- (2) つくばみらい市不育症検査及び治療費医療機関受診証明書
- (3) 被保険者証（健康保険証）の写し
- (4) 申請者及びその配偶者の住所及び婚姻関係を証する書類

\* (4)に掲げる書類に記載されている事項を公簿等により確認することができる場合は、書類の添付を省略することができます。