

様式第1号(第5条関係)

真庭市不妊治療支援事業助成金申請書兼請求書

年 月 日

真庭市長 様

次のとおり、不妊治療支援事業の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請し、及び請求します。

なお、必要な場合は、国、都道府県、他市町村及び医療機関に申請の有無や領収金額について、照会することに同意します。

申請者	ふりがな				生年月日	年 月 日
	氏名				⑩	
	住所	真庭市			電話番号	
配偶者	ふりがな				生年月日	年 月 日
	氏名					
	住所	真庭市			電話番号	
不妊治療の本人負担額		円				
高額療養費・付加給付支給額		円				
申請金額		円				
助成金振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所	
	口座番号	普通 当座				
	ふりがな					
	口座名義人					

添付書類

- 1 真庭市不妊治療支援事業受診証明書
- 2 真庭市内に居住し、夫婦であることを証明する書類（別表1・別表2・別表3）
- 3 不妊治療に係る医療機関発行の領収書の写し
- 4 対象外経費の額が確認できる書類の写し ※該当者のみ

市記入欄	受理年月日	年 月 日
	決定年月日	年 月 日 承認・不承認
	決定金額	円