

様式第1号(第5条関係)

真庭市不妊治療支援事業助成金給付申請書

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 (口座名義人)	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	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