

様式第1号（第5条関係）

喜多方市不妊治療支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

喜多方市長

申請者 住 所

氏 名（夫） 印

氏 名（妻） 印

喜多方市不妊治療支援事業助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

フリガナ									
氏 名	夫			妻					
生年月日		年	月	日（ 歳）		年	月	日（ 歳）	
住 所	〒	-	電話番号（ - - ）						
夫婦の住所が異なる場合※	〒	-	電話番号（ - - ）						
過去の助成実績	喜多方市の不妊治療又は検査の助成を受けたことが □ある （右欄に記載） □ない	年 月 助成額： 円							
		年 月 助成額： 円							
		年 月 助成額： 円							
		年 月 助成額： 円							
		年 月 助成額： 円							
助成金額		円（記入しないで下さい）							
振込先	金融機関名	□銀行□金庫□農協 支店							
	口座種別	□普通 □当座							
	口座名義	（ふりがな）							
	口座番号								

※夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

同意書	不妊治療支援事業助成金の交付申請にあたり、喜多方市長が支給の決定に関して、必要な住民情報及び市税の情報を閲覧し確認することを承諾します。また、助成の適正を図るために必要な場合は、他の自治体に情報の照会、提供すること及び医療機関に受診等証明書の内容を照会することについて同意します。								
	氏名（夫） 印								
	氏名（妻） 印								

喜多方市記載欄

申請受理年月日	年 月 日	承認・不承認 決定年月日	年 月 日
受給者番号		過去の助成回数	年間 回
算 定 額	費用額 (A)	円	
	県（他自治体）助成額 (B)	円	
	助成金対象額 (A-B)	円	
	助成金額	円	