

十日町市不育症治療費助成申請書兼請求書

不育症治療を実施しましたので、関係書類を添えて下記のとおり助成を申請します。

なお、申請に係る審査に際し、住民基本台帳等の助成金の交付に必要な情報について調査すること及び今回の申請に係る治療に対する助成金の交付状況について他の自治体に照会することについて同意します。

年 月 日

十日町市長様

※太枠内を記入してください。

申請者1	氏名	印	電話	
	生年月日	年 月 日生（ 歳）		
	住所	〒		
申請者2 (申請者1の 配偶者等)	氏名	印	電話	
	生年月日	年 月 日生（ 歳）		
	住所	〒 ※申請者1と住所が同じ場合は「同上」と記載可		
検査・治療に要した額 ①		他の自治体から助成を受けた額 ②		助成申請額(①-②の2分の1と10万円を比較して低い額)
円		円		円
振 込 先	金融機関名	銀行・農協・信用組合・金庫 本店・支店		
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	(ふりがな) 口座名義人	()		

【添付書類等】（資料原課保管）

- ①十日町市不育症治療費医療機関証明書（様式第2号）
 - ②領収書及び治療内容明細書（原本）
 - ③印鑑及び振込口座の通帳
 - ④申請者夫婦が別世帯の場合、全部事項証明書（戸籍謄本）
 - ⑤他の自治体から検査費等の助成を受けた場合、助成を受けた内容と額が分かる書類（決定通知書等）
- ※新潟県不育症検査費用助成事業の対象となる検査を行った場合は、県の助成を受けてから市の助成の申請をしてください。