

様式第1号（第8条関係）

十日町市不妊治療費助成申請書兼請求書

不妊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（請求）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			
	生年月日	年	月	日生（歳）
申請者2 (申請者1の配偶者等)	氏名			
	生年月日	年	月	日生（歳）
住所		〒 電話 ()		
住所(2) ※申請者の住所が異なる場合のみ申請者2の住所を記入		〒 電話 ()		
他の自治体等からの助成①		なし ・ あり (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	()		
申請年度	治療等に要した額②	今年度中にこれまで助成を受けた額③	助成決定額(②-①と10万円-③のいずれか低い額)	
年度目	円	円	円	

【添付書類等】

- 十日町市不妊治療費医療機関証明書（様式第2号）
 - 領収書及び治療内容明細書（原本）
 - 振込口座の通帳（キャッシュカード可）
 - 助成を受けた内容と額が分かる書類（決定通知書等）
- ※他の自治体から検査費等の助成を受けた場合のみ