

深谷市不妊治療費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

深谷市長 宛て

深谷市不妊治療費補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり補助金を申請します。

また、深谷市不妊治療費補助金交付要綱第6条の規定に基づき補助金の交付が決定したときは、下記のとおり補助金を請求します。

なお、補助要件確認のため、本市が保有する住民基本台帳、納税状況等の確認、他自治体並びに指定医療機関及び助成対象医療機関に照会することに同意します。

記

夫	ふりがな				生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 ( ) 歳
	氏名	印				
	現住所	〒				
	電話番号	【自宅・携帯・その他( )】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入				
妻	ふりがな				生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 ( ) 歳
	氏名	印				
	現住所	〒				
	電話番号	【自宅・携帯・その他( )】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入				
申請額		円（千円未満切捨て）				
過去の補助金等の交付の有無		なし ・ あり ( 年度)				
不妊治療の開始年月日及び完了日		開始 年 月 日 完了 年 月 日				
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店（支所） 農協 出張所				
	預金の種類	普通当座	フリガナ	(夫又は妻の名義の口座を記入)		
			口座名義人			
口座番号					(口座番号は右詰記入)	

※太枠内を御記入ください。

事務局記入欄

助成回数	今年度通算 回目	過去の助成歴 回目	年度	治療開始時妻年齢 歳	受給者番号	—
要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 補助年度 <input type="checkbox"/> 年度内又は支給決定日から61日以内 <input type="checkbox"/> 滞納がないこと ※添付書類 <input type="checkbox"/> 県不妊治療実施証明書写し <input type="checkbox"/> 県支給決定通知書 <input type="checkbox"/> 治療に係る領収書 <input type="checkbox"/> 振込口座写し					
補助内容	治療費支払額 円	補助対象額 円	交付決定額 円	交付年度 年度	交付決定年月日 年 月 日	