

逗子市特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

逗子市長

夫		妻	
(フリガナ) 氏 名		(フリガナ) 氏 名	
生年月日		生年月日	
住 所		住 所	
電話番号		電話番号	
今回の申請回数	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 回目（前回の申請時期 年 月） *該当する□に✓をする。		
今回の治療に対し、他の市区町村での特定不妊治療費助成の有無 *夫婦の住所が異なる場合に記入			有 ・ 無
(申請金額欄) 申請金額 _____ 円			
振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合		本店 支店
当座・普通	口座番号	(フリガナ) 口座名義人	
同意欄（夫及び妻が自署又は記名押印）			
氏 名 夫 _____ (印) 妻 _____ (印)			
逗子市特定不妊治療費助成交付金要綱第5条に基づき、必要書類を添えて申請します。なお、助成金の交付の決定に当たり、私達夫婦の住民記録情報等を公簿等により職員が確認することに同意します。			

(市記載欄)			
決定区分	<input type="checkbox"/> 交付する (決定金額 円) <input type="checkbox"/> 交付しない (理由)	起案 . .	
		決裁 . .	
備 考	決 裁		
	課長	係長	係