

別 記
第1号様式

不育症治療費等助成申請書

令和〇年 〇〇月 〇〇日

(あて先) 成田市長

不育症治療等に要した費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	夫	フリガナ	ナリタ イチロウ							
		氏名	成田 一郎			署名により押印を省略することができます				
		生年月日	〇〇	年	〇	月	〇	日	年 齢	〇〇
	住 所	成田市赤坂1-3-1								
	電 話 番 号	〇〇〇 - △△△△ - 〇〇〇〇								
	妻	フリガナ	ナリタ ハナコ							
氏名		成田 花子			署名により押印を省略することができます					
生年月日		〇〇	年	〇	月	〇	日	年 齢	〇〇	歳
住 所		成田市赤坂1-3-1								
電 話 番 号	〇〇〇 - △△△△ - 〇〇〇〇									
助成申請額		円		不育症治療等に要した費用		円				
		※申請額は空欄で提出してください。								
振込先口座	金融機関名	千葉 銀行 農協 信用金庫			本店					
	預金種別	普通 当座			支店					
	口座番号	1234567			支所					
	フリガナ	ナリタ ハナコ								
口座名義人	成田 花子 (申請者と同一としてください)									
					※申請者以外の口座へ振り込む場合は、委任状が必要です					
申請書の審査のため住民基本台帳等を確認することについて同意します。										
助成金の振込は上記の口座とすることについて同意します。										
					氏名(夫) 成田 一郎					
					氏名(妻) 成田 花子					