別　記

第１号様式

不育症治療費等助成申請書

年　　月　　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 | | |  | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | |
| 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | 年齢 | | 歳 |
| 住所 | | |  | | | | |
| 電話番号 | | |  | | | | |
| 妻 | フリガナ | | |  | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | |
| 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | 年齢 | | 歳 |
| 住所 | | |  | | | | |
| 電話番号 | | |  | | | | |
| 助成申請額 | | | | 円 | | | 不育症治療等に要した費用 | | 円 | |
| 振込先口座 | 金融機関名 | | | | 銀行 　　　　　　　　　本店  農協 　　　　　　　　　支店  信用金庫 　　　　　　　　　支所 | | | | | |
| 預金種別 | | | | 普通　・　当座 | | | | | |
| 口座番号 | | | |  | | | | | |
| フリガナ | | | |  | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | |
| 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）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（妻） | | | | | | | | | | |