

様式第 1 号(第 4 条関係)

赤磐市不育等治療支援事業助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

赤 磐 市 長 様

下記のとおり不育等治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。
 なお、審査にあたり住民基本台帳・市民税課税台帳等により確認されることを承諾します。
 また、必要な場合は、転入前の自治体での受給状況や受診医療機関へ受診状況等照会することに同意します。

記

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏 名					
	住 所		電話番号			
申請者の配偶者	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏 名					
	住 所		電話番号			
申請金額	金					円
今回、岡山県不育症検査費用助成事業実施要綱に基づき、検査を受けましたか。 ない・ある						
過去に赤磐市又は他の市町村で、この助成を受けたことがありますか。 ない・ある → ()回受けた						
助成金振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協				本店 支店 出張所
	口座番号	普通	当座			
	フリガナ					
	口座名義人					

添付書類・専門医療機関受診証明書

- ・不育等治療実施医療機関受診証明書
- ・医療機関の発行する領収書
- ・本市に1年以上居住している法律上の夫婦であることを証明する書類
- ・岡山県不育症検査費用助成決定通知書の写し(該当する人)
- ・その他市長が必要と認める書類

市記入欄

受理年月日	年 月 日
決定年月日	年 月 日 承認 ・ 不承認