

下松市不育症治療費助成金交付申請書

下松市長 様

年 月 日

下松市不育症治療費助成金の交付について、次のとおり申請します。

申請者（夫婦それぞれの記名が必要です。）

夫の氏名	ふりがな（ ）	生年月日	年 月 日（ 歳）
住所	〒 電話（ ）		
妻の氏名	ふりがな（ ）	生年月日	年 月 日（ 歳）
住所 （※）	〒 電話（ ）		

（※）には、夫婦の住所が異なる場合（単身赴任等）に記入してください。

過去に下松市から不育症治療費助成金の交付を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 受けたことがある。 _____ 回目（通算5回まで） <input type="checkbox"/> 受けたことがない。									
医療保険各法の規定による不育症治療費給付額					申請金額				
金 _____ 円					金 _____ 円				
振込先	金融機関名	銀行 金庫 組合			普通 ・ 当座	支店・支所 本店・本所 出張所			
	フリガナ				口座 番号				
	口座名義								

（添付書類）

- 1 不育症治療費医療機関証明書
- 2 不育症治療費調剤証明書（保険薬局で投薬を受けた方のみ）
- 3 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類
- 4 医療機関の発行する領収書