

別記様式第1号(第6条関係)

須崎市不妊治療費助成事業申請書兼実績報告書兼請求書

年 月 日

須崎市長 様

申請者 住 所 須崎市

氏 名 ⑩
電話番号

須崎市不妊治療費助成金を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

また、この申請の審査のために私及び配偶者の裏面に掲げる「確認事項」について須崎市が照会・確認することに同意します。

1 治療方法	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 (年度目) <input type="checkbox"/> 特定不妊治療 (回目/6回)		
2 助成対象 夫 婦	夫	フリガナ 氏 名	
		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
		住 所	〒 電話番号
	妻	フリガナ 氏 名	
		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
		住 所	〒 電話番号
3 対象経費	円	助成申請額	円
4 他市町村等による助成等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	高知県 () 年度、保険医療給付 () () 年度 他市町村 () () 年度、その他 ()	
5 添付書類	1 須崎市不妊治療費助成医療機関受診証明書(別記様式第2号) 2 夫及び妻の医療保険被保険者証等の写し 3 不妊治療に要した経費の領収書 4 医療保険給付金、県特定不妊治療助成金、他市町村助成金の額が確認できる書類 5 その他市長が必要と認める書類		

助成決定(額が確定)された須崎市不妊治療費助成事業に係る助成金については、次の金融機関の口座に振り込んでください。

1	フリガナ	
	口座の名義	
2	金融機関名	銀行・組合 金庫 本店・支店 出張所
3	口座の種類及び番号	普通・当座 No.

