

別記様式第1号（第4条関係）

近江八幡市特定不妊治療費助成金交付申請書（ ）回目（※）
 （年度内の申請回数を記入する）

年 月 日

近江八幡市長 様

近江八幡市特定不妊治療費助成金交付要綱第4条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。また、本申請の内容について他の地方公共団体に照会すること及び滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の内容を医療機関に照会することについて承認します。

申請者の市税の納付状況を確認することに同意します。

申請者	(ふりがな) 名前	生年月日	住所
夫	印	年 月 日	電話 ()
妻	印	年 月 日	電話 ()
申請金額 円		申請年数：通算 年目	
		申請回数：通算 回目	

捨印

印

印

申請受理年月日	(承認・不承認) 決定年月日	受給者番号
---------	----------------	-------

.....(キリトリ線).....

近江八幡市特定不妊治療費助成金交付請求書

ご記入は、それぞれの方の自筆でお願いします。
 印鑑は必ず別のものご使用ください。

年 月 日

金 円

下記のとおり、特定不妊治療費の助成を請求します。

近江八幡市長 様

書かないでください。

請求者住所 近江八幡市 町		
振込先	金融機関	銀行・信用金庫・農協
	預金種別	普通・当座
	口座番号	(ふりがな) () 口座名義人
		本店・支店・出張所
		(右詰記入)

捨印

印

印

(注) 太枠の中を記入してください。

(添付書類)

- 1 滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の写し
- 2 滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書の写し
- 3 医療機関が発行する領収書
- 4 振込先の通帳の写し及び印鑑
- 5 その他市長が必要と認める書類