

筑後市特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

筑後市長 様

筑後市特定不妊治療費助成金交付要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。なお、住所及び市税等の納付状況について、職員が公簿等で確認することについて承諾します。

記

申請者	住所	筑後市大字				電話	()	
	※) 住所	※単身赴任などで夫婦の住所が異なる場合記入				電話	()	
	フリガナ			生年月日	年	月	日	
	夫氏名	印						
	フリガナ			生年月日	年	月	日	
	妻氏名	印						
	治療期間	年 月 日 ~		年 月 日				
	治療医療機関	医療機関名 所在地						
	治療内容	特定不妊治療 ・ 男性不妊治療						
	助成金の申請回数	回目 (うち、本年度の申請 回目)						
申請金額	円							
助成金の振込先金融機関	銀行・農協組合 金庫・信用金庫			本店・支所 支店・出張所		種別	1. 普通 2. 当座	
	口座番号				ゆうちょ銀行の場合 店名 (3桁の漢数字)			
	フリガナ							
	口座名義人							