

第 1 号様式（第 5 条関係）

不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

二本松市長

二本松市不育症治療費助成事業実施要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請（請求）します。

	氏名	生年月日
申請者（夫）		年 月 日（ 歳）
住 所		
申請者（妻）		年 月 日（ 歳）
住 所		
治療期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
治療費①	円	
県助成額②	円	
申請額（①－②）	円	

振込先口座	金融機関名		銀行		本店				
			金庫		支店				
			組合		出張所				
	口座番号	普通・当座							
	(フリガナ) 口座名義人								

同意欄	不育症治療費助成金の申請にあたり、支給の決定に関して必要な住民情報及び課税資料情報等を閲覧し確認することを承諾します。必要に応じて他の自治体に情報の照会、提供及び医療機関等に受診等証明書の内容を照会することについて同意します。
	申請者名（夫） 申請者名（妻）