

敦賀市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

敦賀市長 様

申請者 氏名 _____
(口座名義人と同じ)
電話 _____

敦賀市不育症治療費助成事業実施要綱第 7 条の規定に基づき、関係書類を添えて不育症治療費助成を申請します。
助成金の交付が決定された際は、下記の口座に振込みをしてください。

	氏名	生年月日	住所
申請者	ふりがな	年 月 日 (歳)	敦賀市
配偶者	ふりがな	年 月 日 (歳)	*申請者と住所が異なる場合のみ記入
不育症治療費（本人負担額）		円	
福井県不育症検査費用助成		無 ・ 有 （助成額 円）	
申請額		円 (千円未満切り捨て)	
交付決定額 ※記入不要		円	

<振込先>

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店
口座種別	普通・当座	口座番号	
口座名義	ふりがな		

<同意確認>

市が、助成要件の審査のために必要な住民基本台帳の情報や納税の状況を閲覧することに同意します。また、助成要件の審査のために必要な場合、他の自治体に対する申請に係る情報の照会及び提供並びに医療機関に対する治療内容等の照会について同意します。

申請者 _____ 配偶者 _____

申請受理年月日	年 月 日
(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日

健康推進課記入欄		債権管理課記入欄	
公的保険加入状況		納税状況	確認者印
申請者 有・無	配偶者 有・無	滞納 無 ・ 有	