

別記様式第1号（第6条関係）

足利市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

足利市長 宛て

足利市不育症治療費助成金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。なお、この申請に係る審査のため、市が住民基本台帳及び市税の納入状況について確認することに同意します。

申請者	夫	氏名			
		生年月日	年 月 日		
		住所			
		電話番号			
	妻	氏名			
		生年月日	年 月 日		
		住所			
		電話番号			
申請額		円（医療保険適用外の不育症治療費）			
過去の助成		有（ 年度・ 年度・ 年度・ 年度 ） 無			
国・県からの助成		有（ 円） ・ 無			
医療保険等からの助成		有（ 円） ・ 無			
振込先	金融機関名				
	店名等		本店・支店・出張所		
	口座種別 預金種目	普通・当座 納税準備・貯蓄	口座番号 記号番号		
	フリガナ 口座名義人				

（添付書類）

- 1 医療保険適用外の不育症治療に係る領収書の写し
  - 2 不育症治療実施証明書（別記様式第2号）
  - 3 国若しくは栃木県の制度又は医療保険各法の規定に基づく保険者又は共済組合の定めにより不育症治療費に対する給付があるときは、当該給付金の交付決定通知書
  - 4 法律上の婚姻関係にあることを証明できる書類
  - 5 住所を確認することができる書類
- ※ 夫婦が本市において同一世帯であれば、4及び5は添付不要となります。