

様式第1号（第5条関係）

魚津市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

魚津市長

宛

〒

申請者 住所

氏名

㊞

(電話番号)

魚津市不妊治療費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

住 所	魚津市		
夫氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
妻氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住所(申請者同一世帯でない場合)	(夫・妻)		
助成申請金額		不妊治療費	備 考
	助成対象経費	円	※不妊治療に係る自己負担額
	助成申請額	円	※対象外となる経費を差し引いた金額

治療を受けた人の被保険者資格情報

保険名称	保険者番号	限度額適用区分

助成金の振込先 <small>(口座は申請者のものであること)</small>	金融機関名		支店名	
	預金種別	1普通 2当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

魚津市長 宛
この申請に必要な要件を確認するため、住民基本台帳の状況及び他の助成等の受給状況を調査することに同意します。

夫氏名

妻氏名

※同意されない場合は、婚姻関係、住所及び住民となった日を確認できる書類、受給状況を確認できる書類を提出ください。