

美馬市こうのとり応援事業申請書

年 月 日

美馬市長 殿

特定不妊治療費助成金の交付を受けたいので、美馬市こうのとり応援事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

		夫		妻	
申請者	(ふりがな) 氏名	印 ※記名押印		印 ※記名押印	
	生年月日	年 月 日( 歳)		年 月 日( 歳)	
	住所	〒 電話 ( )		〒 電話 ( )	
申請額		金 円			
振込先	金融機関名		銀行 農業協同組合	支店 支所	
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	口座名義人				
申請受理年月日		年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	
受給者番号			助成回数	回目	

(注) 太枠の中をご記入ください。

添付書類

- 1 徳島県こうのとり応援事業承認決定通知書
- 2 徳島県こうのとり応援事業受診等証明書
- 3 法律上の婚姻関係にあることを証明できる書類(戸籍謄本等)
- 4 住所を確認できる書類(住民票等)
- 5 夫及び妻の所得額を証明する書類(市県民税課税証明書)
- 6 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書
- 7 市税納税証明書
- 8 その他市長が必要とするもの

◎ 徳島県が交付するこうのとり応援事業承認決定通知書により、添付書類2から6までは、写しに替えることができます。

◎ 徳島県こうのとり応援事業の申請において、マイナンバーによる申請をした場合は添付書類4及び5を省略することができます。

治療費総額 \_\_\_\_\_ 円