

様式第1号(第6条関係)

魚沼市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

魚沼市教育委員会 様

下記のとおり魚沼市不育症治療費助成金の交付を受けたいので申請します。

あわせて、助成金の交付決定のため必要があるときは、魚沼市教育委員会が住民基本台帳等の閲覧並びに保険者又は受診医療機関等へ照会することを承諾します。

申請者	氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
	個人番号			
	住所	TEL		
配偶者	氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	TEL		
申請回数	回 目		前回申請	年 月
国又は他の地方公共団体の助成額	有 (円) ・ 無			
振込先	金融機関名	銀行・農協	口座番号	普通当座
	支店名	本店 支店	フリガナ 口座名義人	

次の書類を添付してください。

(受 付 印)

☐ 魚沼市不育症治療に係る保険医療機関等証明書(様式第2号)☐ 不育症治療を受けた医療機関等の発行する領収書及び治療内容明細書☐ 国又は他の地方公共団体の助成を受けた場合、その決定通知書の写し☐ 振込先口座(申請者本人の口座に限る。)の確認できるもの(通帳等の写し)☐ 夫婦が異なる住所である場合は法律上の婚姻関係にあることを証明できる書類