

様式第1号（第9条関係）

年度一般不妊治療・不育症治療費助成金交付申請兼実績報告書

申請者	(ふりがな) 氏名		生年月日(年齢)		
夫	()		年 月 日 (歳)		
	住所				
妻	()		年 月 日 (歳)		
	住所	<input type="checkbox"/> 夫に同じ			
電話	— — (日中、連絡のとれる番号をご記入ください。)				
治療期間	年 月 日 から		年 月 日		
治療内容	<input type="checkbox"/> 人工授精		<input type="checkbox"/> 不育症治療		
<p>(領収金額計) (人工授精に係る本人負担額)金 _____ 円…①(5万円以上は、③は5万円 5万円未満は、③は①の額) (不育治療に係る本人負担額)金 _____ 円…②(10万円以上は、④は10万円 10万円未満は④は②の額) (申請額) (人工授精に係る助成金)金 _____ 円…③(千円未満切り捨て) (不育治療に係る助成金)金 _____ 円…④(千円未満切り捨て) 申請額の合計 金 _____ 円</p> <p>関係書類を添えて一般不妊治療・不育症治療費助成金の交付申請兼実績報告を行ないます。なお、交付に係る住民基本台帳の記載事項並びに所得状況及び市税等の納税状況の確認を行なうことについて同意します。 併せて、申請等に関わる内容について、関係機関等に照会することを承諾します。 (夫及び妻が自書又は記名押印) 夫 _____ ⑩ 妻 _____ ⑩</p> <p>年 月 日 対馬市長 様</p>					
振 込 先	金融機関名	(銀行・金庫・農協)			(本店・支店・出張所)
	預金種別	普通・当座	口座番号		←左詰で記入
	(ふりがな) 口座名義人	()			