

様式第 1 号（第 6 条関係）

大村市不育症治療助成金交付申請書

年 月 日

大村市長 様

次のとおり、不育症治療の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

(口座名義人) 申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏 名				
	住 所			電話番号	
配偶者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏 名				
	住 所			電話番号	
治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日			
申請金額 円					
助成金振込先	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 農協出張所			
	口座種別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				
大村市不育症治療費助成金の交付に必要な住民基本台帳、市税等に関する情報を調査することについて承諾します。 また、本申請内容について他の地方公共団体に照会すること及び大村市不育症治療実施証明書の内容を医療機関に照会することについて同意します。 年 月 日 申請者 印 氏名 配偶者 印					

※大村市不育症治療費助成金交付要綱第 6 条第 1 項各号に定める書類を添付すること。