

岩沼市不妊治療費助成申請書

関係書類を添えて、次のとおり不妊治療費の助成を申請します。

また、岩沼市が本申請の審査に関して関係機関に照会することに同意します。

申請者	ふりがな			年 月 日生 (歳)
	氏 名	(夫 ・ 妻)		
	現住所	〒 () 電話 ()		
配偶者	ふりがな			年 月 日生 (歳)
	氏 名	(夫 ・ 妻)		
	現住所 <small>※申請者と異なる場合のみ記入</small>	〒 () 電話 ()		
過去の助成歴等	岩沼市又は他の地方公共団体において、不妊治療に係る助成を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある (回目) <input type="checkbox"/> ない			
申請額	金 円 (助成上限額：50,000円)			
岩沼市長 殿 年 月 日 申請者氏名 (自署) _____ (口座名義人と同じ)				
振込先	金融機関名 <small>※申請者の口座を記入</small>	銀行・金庫 組合・農協 ()	本・支店名	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	フリガナ	
	口座番号		口座名義人 (申請者)	
確認項目	該当する内容の□にレ点を記入してください。 婚姻関係 <input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚 (事実婚申立書が必要です。)			

申請書類に不備や不足がある場合は、受付できないことがありますので御留意ください。

【注意事項】

不妊治療費助成事業に係る受診等証明書(様式第2号)の「今回の治療に係る領収金額」と助成金上限額(50,000円)を比較し、低い額を「申請額」欄に記入してください。