

野田市不育症治療費助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 野田市長

不育症治療費助成金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		電話番号			
	住所					
配偶者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		電話番号			
	住所					
医療機関	所在地					
	名称		電話番号			
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
申請金額	円					
申請理由	1. 治療が終了し、出産に至ったため 2. 治療途中で今回の妊娠が終了したため 3. その他 ()					
他の制度による給付		有 ・ 無		給付額	円	

同意書

不育症治療費助成金の申請に当たり住民基本台帳及び市税等の納付状況について、野田市の保有する公簿等より職員が確認することに同意します。また、野田市不育症治療費の助成に関する証明書の内容を医療機関に確認することに同意します。適正な助成金の支給のために必要な場合には、千葉県に情報の照会を行うことに同意します。

申請者氏名 配偶者氏名

【振込先口座】

金融機関名	銀行・金庫 組合・農協				支店名	支店 出張所				預金種別 (該当するものに○を付ける)				
						普通 当座								
金融機関コード					支店番号					口座番号				
フリガナ														
口座名義人														

申請者と口座名義人が異なる場合は、下記にも記入してください。

私は、受任者（口座名義人）に対して不育症治療費助成金の受取を依頼します。

委任者（申請者）氏名 印