

様式第4号（第7条関係）

八潮市早期不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）
八潮市長

次のとおり、過去に埼玉県内で下記申請治療に係る標記助成事業の助成を受けていないため、助成支給を申請します。また、助成要件確認のため当市が保有する住民基本台帳の公簿による確認、他自治体、指定医療機関及び助成対象医療機関に照会することに同意します。

夫	ふりがな					生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 () 歳
	氏名	印					
	現住所	〒					
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入					
妻	ふりがな					生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 () 歳
	氏名	印					
	現住所	〒					
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入					
不妊治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日					
申請額		円（千円未満切り捨て）					
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協				本店 支店（支所） 出張所	
	預金の種類	普通	フリガナ	(夫又は妻の名義の口座を記入)			
		当座	口座名義人				
口座番号					(口座番号は右詰記入)		

※太枠内を御記入ください。

事務局記入欄

申請受理年月日	年 月 日	受給者番号			
要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 当市助成歴の有無 <input type="checkbox"/> 県初回助成				
助成結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	助成対象額	支給決定額	承認・不承認年月日	
		円	円	年 月 日	