

来庁日

年 月 日

※治療終了日を含め、60日以内に申請

名張市長 宛て

関係資料を添えて、不育症治療費等の助成を申請します。

名張市長が、この申請の審査に当たって、私（下記の夫及びその妻をいいます。以下同じです。）の世帯情報を確認するために、住民票に記載されている情報を利用し、及び私の過去の不育症治療費等に係る助成の受給状況について他の自治体へ照会することに同意します。

また、名張市長が私に対する交付決定の情報を他の自治体に提供することについても、同意します。

	(ふりがな) 氏名	生年月日
夫	(なばり たろう) 名張 太郎	昭和55年 12月 15日生 (41歳)
妻	(なばり はなこ) 名張 花子	昭和59年 3月 20日生 (37歳)
住所(※1)	〒 518-0492 名張市鴻之台1番町1番地	電話 0595 ( 63 ) 6970 携帯 090 ( 9999 ) 9999
住所(※2)	〒 夫婦の住所が異なる場合のみ記入	電話 ( ) 携帯 ( )
過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去 ( 1 ) 回受けた		
申請金額	100,000 円	
受付年月日	(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号		受付者
(注) 太枠の中を記入してください。 ※1：夫の住所を記入する。 ※2：夫婦の住所が異なる場合、妻の住所を記入する。		助成額

- (添付書類) 1. 不育症治療費等助成事業受診等証明書(医療機関の証明) (事実婚の場合)  
 2. 医療機関発行の領収書(原本) ・ 事実婚に関する申立書(住所が異なる場合)  
 3. 住民票の写し ・ 出生した場合の子の認知に関する意向書  
 4. その他市長が必要と認める書類 ・ 夫婦双方の戸籍謄本

下記日付は記入せず、空けておいてください

名張市不育症治療費等助成金請求書 年 月 日

交付決定された名張市不育症治療費等助成金を請求しますので、下記の口座へ振り込んでください。

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	支店	預金種目	口座番号(右づめでご記入ください。)						
○× 銀行 金庫 農協	□× 本店 支店 出張所	普通 当座	0	1	2	3	4	5	6
ゆうちょ銀行	店番	預金種目	番号(右づめでご記入ください。)						
貯金通帳の見開き下に 記載された振込口座の 店番・番号を記入して ください。		普通 当座							
(フリガナ)	ナバリ ハナコ		*必ず記入してください。						
口座名義人	名張 花子								

口座名義人はご夫婦どちらでも可