

様式第1号（第5条関係）

天童市不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

天 童 市 長 様

申請者 住所
フリガナ
氏名
電話番号

天童市不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。
なお、助成の決定のために、両名の住所記録（外国人にあっては外国人登録）の調査、この申請の内容について他の公共団体に照会すること及び不妊治療等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。

		申請者のお名前				配偶者等			
(フリガナ) 氏名		()				()			
生年月日		年 月 日 (歳)				年 月 日 (歳)			
住所		〒 電話				〒 電話			
治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日							
過去の助成について		☐ ある <u>今回</u> <u>回目</u> ☐ なし							
振 込 先 口 座	金融機関名					本・支店名	本店・ 支店		
	金融機関コード					店番号			
	フリガナ 口座名義								
	口座種別	普通 ・ 当座 ・ その他 ()							
	口座番号								
申 請 金 額		円							
保険診療の確認		☐ 採卵 () ☐ 胚移植 () ☐ その他 ()							
受理年月日	年 月 日		(承認・不承認) 決定年月日		年 月 日				
申請回数	回目		受給者番号						

- 注) 1 太枠内を御記入ください。
 2 振込先口座は、申請者名義の口座を御記入ください。