

四日市市不育症治療医療費助成金交付申請書

令和 年 月 日

住所

申請者 氏名

(署名または記名押印)

電話番号

次のとおり四日市市不育症治療医療費助成金の交付を受けたいので、四日市市不育症治療に要する医療費の助成に関する規則第5条の規定により申請します。また、住所要件等の必要事項を調査することを承諾し、また、他の地方公共団体に対し四日市市不育症治療費の交付決定情報を必要に応じて提供することを同意します。

氏名		生年月日			
夫		年	月	日	
妻		年	月	日	
今回の治療期間中の治療費について、他の自治体から補助金を受けましたか いいえ ・ はい (助成対象外) 同年度の治療費について、この助成金を受けましたか いいえ ・ はい (申請日 年 月 日 助成額 円)					
医療費の内 自己負担額の計	円	助成金の 申請額	円	助成金 交付決定額	円
金融機関名		口座番号		口座名義人 (フリガナ) <申請者名義に限る>	
銀行	本店	普通			
金庫	支店				
農協	出張所				