

様式第1号（第4条関係）

遠野市特定不妊治療費等助成金交付申請書

申請日 年 月 日

遠野市長 様

申請者

住 所

氏 名

印

遠野市特定不妊治療費等助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請区分		<input type="checkbox"/> 特定不妊治療 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療	
交付申請額		円（うち男性不妊治療の交付申請額 円）	
夫	ふりがな	生年月日	年 月 日生 ( 歳)
	氏名		
妻	ふりがな	生年月日	年 月 日生 ( 歳)
	氏名		
住 所		〒 (連絡先電話： - - ) 遠野市	
住 所		〒 ※単身赴任等により夫妻の住所が異なる場合は、記入ください。	
治療した 医療機関	医 療 機 関 名		
	所 在 地		
助成金の振込みを 希望する金融機関		金融機関名	支店
		口座の種類	1 普通    2 当座
		口座番号	
		口座名義人	※申請者と同じ名義とすること。