

書き方例

様式第1号（第7条関係）

不育症治療費助成金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

甲賀市長 あて

甲賀市に住民登録されている方の住所と氏名を記入してください

申請者 住所 〒528-0005

甲賀市甲南町基木977

氏名 甲賀 太郎

甲賀

甲賀市不育症治療費助成事業実施要綱第7条に基づき、不育症治療の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。また、必要な場合は市が医療機関に照会することに同意します。

記

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
夫	こうか たろう 甲賀 太郎	S60年 2月 1日 (27歳)
妻	こうか しがらき 甲賀 信楽	S60年 3月 1日 (27歳)
住 所	(〒520-3321) (電話 0748-86-0000) 滋賀県甲賀市甲南町基木977	
申請金額	金 250,000 円 (1年度あたり300,000円上限) 申請年数：通算 1 年目	
治療期間	H27年 5月15日 ~ H27年 8月20日 医師の受診証明書と同じ期間を記入してください	
医療機関名	土山クリニック	
振込先	金融機関	水口 銀行 金庫 〇〇〇 本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座 (ふりがな) こうか たろう 口座名義人 甲賀 太郎
	口座番号	0123456
申請受理 年月日		決定年月日

注 太枠の中を記入してください。

*裏面の注意事項もご確認ください