

記入例

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**
甲賀市甲南町基本977
 氏名 **甲賀 太郎**

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	H 2 年 2 月 1 日 (31歳)	
妻	こうか しがらき 甲賀 信楽	S60 年 3 月 1 日 (35歳)	
住 所	(〒 520-3321) (電話 0748-86-0000) 滋賀県甲賀市 水口町水口 ◎◎番地		
申請金額	金 280,000 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	2020年 5月15日 ～ 2020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	銀行 水口 金庫 〇〇〇 農協	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

申請書と一緒に提出する場合

不育症治療費助成金交付請求書

年 月 日
記入しないでください

甲賀市長 あて

請求者 申請者と同じ住所と夫婦の氏名を記入してください
住所 甲賀市甲南町△△977
氏名 甲賀 太郎
甲賀 信楽



違う印を押してください

記入しないでください
年 月 日付 第 号

で決定通知のあった不育症治療費助成金交付請求書
甲賀市不育症治療費助成事業実施要綱第 9 条の規定に基づき、下記のとおり交付されるよう
請求します。

記

金 _____ 円
記入しないでください