

中野市不妊・不育症治療助成金交付申請書兼請求書

日付記入不要

年 月 日

中野市長

あて

○で囲った部分の記入
をお願いします。

申請者 住所 中野市

(請求者) 氏名

電話 ()

下記のとおり不妊・不育症治療を受けたので、中野市不妊・不育症治療助成金交付要綱の規定に基づき、助成金を申請及び請求します。

記

事業の目的	中野市不妊・不育症治療助成事業
事業に要する費用	不妊・不育症治療助成事業医療費等証明書のとおり
事業年月日	不妊・不育症治療助成事業医師証明書のとおり
助成金申請額	記入不要
申請額の算出基礎	別紙のとおり

添付書類

- 1 不妊・不育症治療助成事業医師証明書（様式第 2 号）
- 2 不妊・不育症治療助成事業医療費等証明書（様式第 3 号）
- 3 その他市長が必要と認める書類

審査のため、市で保有する私たち夫婦の情報を確認することについて同意します。

氏名

振込先

金融機関名		店 舗 名	
口 座 種 別		口座番号	
フリガナ	申請者（請求者）と同じ方の氏名		
口座名義			