

特定不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

市町村長 様

標記助成金について、関係書類を添えて下記のとおり申請します。
 なお、交付決定後は、交付決定額を請求します。

記

申請者兼請求者	ふりがな		性別	男・女
	氏名	印(*1)	生年月日 (和暦)	年 月 日 () 歳*
	現住所	〒	電話	
配偶者	ふりがな		性別	男・女
	氏名		生年月日 (和暦)	年 月 日 () 歳*
	現住所	〒 <small>※申請者と異なる場合に記入</small>	電話	
助成金が交付決定された場合は、下記の振込先口座へ振り込んでください。				
振込先	ふりがな		預金種別	普通・当座
	口座名義人 <small>(※申請者名義)</small>	印(*1)	種別	
	金融機関名	銀行 金庫 組合 農協	本店 支店 出張所	口座番号
申請内容	特定不妊治療		治療内容	該当に☑ <input type="checkbox"/> 保険と併用される先進医療 <input type="checkbox"/> 自費診療
算定基準額	金	円		【治療区分】※該当区分に○ A・B・C・D・E・F
県交付決定額	金	円		
その他助成金	金	円		
交付申請額	金	円		
過去の助成実績	あり ⇒	() 回		
	なし	その他 : 鳥取県から () 回		
交付審査上の承諾欄 <small>(該当箇所)に☑してください</small>	(全市町村該当) <input type="checkbox"/> 私(申請者)及び配偶者の住所等を住民基本台帳で確認することについて承諾します。			
	(倉吉市、三朝町、北栄町、日吉津村、大山町、日野町該当) <input type="checkbox"/> 私(申請者)及び配偶者の税等の納付状況について確認することについて承諾します。			
	(智頭町該当) <input type="checkbox"/> 私(申請者)及び世帯員の税等の納付状況について確認することについて承諾します。			

(*1) 鳥取市、岩美町、湯梨浜町、三朝町、米子市、境港市、大山町、南部町、日吉津村、伯耆町、日南町、日野町にお住まいの方は自署の場合押印省略可。

市町村記入欄	交付決定年月日 (請求年月日)	年 月 日	交付決定額	円
--------	--------------------	-------	-------	---