

戸田市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先） 戸田市長

申請者 住所 戸田市大字上戸田5番地の6

スタンプ印不可

（請求者）

氏名 戸田 花子 印

電話

戸田市不妊治療費助成金交付要綱第6条の規定により、治療費等の助成を申請し、及び請求します。

対象者	夫	ふりがな		*住民日 記入しない
		氏名		
		生年月日	年 月 日	
		現住所	〒335-0022 戸田市大字上戸田5番地の6	
		電話番号	()	
	妻	ふりがな		*住民日 記入しない
		氏名	申請者と口座名義人は同じ	
		生年月日	年 月 日	
		現住所	〒335-0022 戸田市大字上戸田5番地の6	同上不可
		電話番号	()	
申請額（請求額） （1,000円未満切り捨て）		(回分)	円	

振込先

金融機関名	
支店名	
口座種別	
口座番号	
フリガナ	
口座名義	戸田 花子

実施証明書記載の“先進医療に係る合計領収金額”の7割
 +
“不妊治療実施証明書の作成に係る文書料”の全額
 →1,000円未満切り捨てした額を記入
 ※15万円を超える場合は、「150,000」と記入
 ※金額を誤った場合は、再度のご提出が必要です

※添付書類

- 1 戸田市不妊治療実施証明書
- 2 市税に未納がないことを証明する書類（完納証明書）