

## 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 \_\_\_\_\_  
 （請求者） \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 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	
		氏名					
		生年月日	年	月	日		
		現住所	〒 _____				
		電話番号	(            )				
	妻	ふりがな					*住民日
		氏名					
		生年月日	年	月	日		
		現住所	〒 _____				
		電話番号	(            )				
申請額（請求額） (1,000円未満切り捨て)		(    回分)	円				

\*住民日は記入しないでください。

振込先

金融機関名	銀行・信用金庫							
支店名	支店・本店							
口座種別	普通・当座							
口座番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>							
フリガナ								
口座名義								

※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