

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

(請求者) _____

氏名 戸田 花子

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)