

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

宇城市特定不妊治療費助成事業申請書

宇城市長 様

申請者 住 所 宇城市

氏 名

印

電話番号

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

配偶者氏名

配偶者住所

（申請者と同じ場合は省略可）

婚姻年月日 年 月 日

県への特定不妊治療費助成

申請年月日 年 月 日

宇城市特定不妊治療費助成

申請金額 円 (A-B)

特定不妊治療に係る自己負担額 ( ) 円 A

県事業による助成金の額 ( ) 円 B

添付書類

- (1) 熊本県特定不妊治療費助成事業承認通知書の写し
- (2) 特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- (3) 特定不妊治療費に係る領収書の写し
- (4) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

# 請求書

金額			百			千			円
----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

年 月 日付け第 号で決定のあった特定不妊治療費の助成金の支給を請求します。  
平成 年 月 日

住所 宇城市

氏名 (印)

宇城市長様

## 内 訳

金融機関(※ゆうちょ銀行を除く)		フリガナ	
金融機関名	支店名等		
当座・普通	番号	口座名義	
ゆうちょ銀行			
記号	※6桁目がある場合		
番号			