

志木市不育症治療費助成事業申請書

年 月 日

志木市長 様

次のとおり、標記助成事業における助成支給を申請します。

また、助成要件確認のため市が保有する住民基本台帳、夫婦の徴税等の納付状況等の確認、医療機関に照会することに同意します。

夫	ふりがな				生 年 月 日	年 月 日 () 歳
	氏名					
	現住所	〒				
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入				
妻	ふりがな				生 年 月 日	年 月 日 () 歳
	氏名					
	現住所	〒				
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入				
不育症治療期間		年 月 日～			年 月 日	
申請額		円				
志木市長 様 申請日： 年 月 日 申請者氏名 _____ 印 (夫又は妻が記名押印)						
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店（支所） 出張所	
	預金の種類	普通 当座	フリガナ			
			口座名義人	(夫または妻の名義の口座を記入)		
口座番号					(口座番号は右詰記入)	

※太枠内を御記入ください。

市記入欄

申請受理 年月日	年 月 日		受給者 番号			
要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻		<input type="checkbox"/> 住所			
助成結果	<input type="checkbox"/> 承認	助成対象額	支給決定額	承認・不承認年月日		
	<input type="checkbox"/> 不承認	円	円	年 月 日		