

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

養父市長 様

養父市特定不妊治療に係る通院交通費助成金申請書兼請求書

養父市特定不妊治療に係る通院交通費助成事業実施要綱第6条第1項及び第2項に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

夫婦共に養父市の住民基本台帳に登録されており、特定不妊治療を受けました。 が入ることが助成対象の要件です。

フリガナ 氏名	※自署		生年月日	年 月 日 ( 生 歳 )					
住所	〒 ( 電話 )								
医療機関									
通院期間	年 月 日～		年 月 日						
助成請求額の計算	(※先進医療なしの場合のみ記載) 1回あたりの往復距離 定額単価 通院回数 助成金請求額 (1km未満は切捨て) (10円未満は切捨て) km × 30円 × 回 = 円								
請求額	金 円								
振込先	金融機関名	銀行コード				支店コード			
		銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所				
	預金種別	普通当座	ふりがな 口座名義人						
口座番号 (左詰記入)									

【添付書類】(先進医療あり) 県交付決定通知書の写し  
 (先進医療なし) 自宅から医療機関までの最短経路を示す資料  
 (事実婚の場合) 事実婚関係に関する申立書

申請受理 年月日	(承認・不承認) 決定年月日
受給者番号	