様式第１号（第６条関係）

五泉市不育症治療費等助成事業申請書

不育症治療費等の助成について、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、申請内容の審査のために、住民基本台帳等の確認及び医療機関、調剤薬局等へ必要事項を確認する場合があることに同意します。

年　　月　　日

（宛先）五泉市長

<table>
<tr><td rowspan="3">申請者（夫）</td><td>ふりがな
氏　名</td><td>㊞</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>連絡先</td><td>（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">申請者（妻）</td><td>ふりがな
氏　名</td><td>㊞</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>連絡先</td><td>（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">住　　所</td><td>〒
五泉市</td></tr>
<tr><td colspan="2">住　　所
（夫婦の住所が異なる場合に記入）</td><td>〒</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="3">振込先</td><td>金融機関名</td><td colspan="2"></td><td>支店名</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>預金種別</td><td colspan="2">普通　・　当座</td><td>口座番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>ふりがな
口座名義人</td><td colspan="10"></td></tr>
</table>

※　次の書類を添付してください。

- 不育症治療費等受診証明書(様式第２号)
- 不育症治療等を受けた医療機関等が発行する領収書及び診療明細書
- 夫又は妻のいずれか一方の住所が市内にない場合においては、戸籍謄本又は抄本、外国籍を有する者にあっては、外国人登録原票記載事項証明書
- 国又は他の地方公共団体の助成を受けた場合、その決定通知書の写し