

西都市長 様

(申請者)

住 所

氏 名

印

西都市生殖補助医療費等助成金交付申請書兼請求書

西都市生殖補助医療等助成金の交付を受けたいので、西都市生殖補助医療費等助成金交付要綱第4条の規定により申請（請求）します。なお、この申請に係る生殖補助医療等について、他の市町村の助成は受けません。

注) 太枠の中をご記入ください。

区 分		夫			妻		
(ふりがな) 氏 名		()			()		
生年月日		年 月 日			年 月 日		
住所(※1)		〒 西都市			(電話)		
住所(※2) (夫・妻)		〒			(電話)		
申請(請求)額		円					
振 込 先 (申 請 者 名 義)	金融機関	銀行・金庫 信金・農協				本店・支店 出張所	
	預金種別	普通・当座	(フリガナ) 口座名義人		()		
	口座番号						(左詰記入)

※1 夫婦の住所を記入する。

※2 単身赴任等で夫婦の住所が異なる際にご記入ください。

(本人確認書類) マイナンバーカード 免許証 その他 ()

(添付書類) 宮崎県不妊治療費支援事業給付決定通知書の写し
宮崎県不妊治療費支援事業受診等証明書の写し
市税完納証明書
振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し

【同意事項】

- この申請に係る夫婦の住所及び続柄について、住民基本台帳により確認されることに同意します。
 助成の適正を判断するために必要に応じて、西都市以外の自治体へこの申請書の内容に係る情報の照会若しくは提供又は医療機関へ治療内容の照会を行うことに同意します。

《以下、市記入欄》

申請受理年月日		交付決定（却下） 年月日	
受給者番号		住民確認	<input type="checkbox"/> 夫婦 <input type="checkbox"/> （夫・妻）のみ
完納状況			
交付申請額	円	交付決定額	円