様式第1号

先進不妊治療費助成金交付申請書

令和　　年　　月　　日

野々市市長　宛

1　不妊治療費のうち先進医療に要した費用について、関係書類を添えて下記のとおり助成を申請します。

2　本申請に係る助成対象に対し、他の自治体の助成を受けません。

氏名		生年月日	電話番号
(ふりがな) 申請者	(　　)	年　月　日 (　　歳)	－　－
①住所	〒		
(ふりがな) パートナー	(　　)	年　月　日 (　　歳)	－　－
②住所	※①住所と異なる場合にのみ記載 〒		
該当する内容にレ点を記入してください。 →	□ 法律婚　□ 事実婚(出生した子について認知を行う)		
申請内容	**A　先進医療に要した費用**	**円**	※添付の(先進医療)不妊治療費支援事業受診等証明書の領収金額計と一致すること
	B　助成申請額(A×7/10)	**円**	※A×7／10(円未満切捨て)と１５万円を比較し、低い額

振込先	金融機関名	支店名	口座種別
			普通　・　当座
	口座番号		口座名義（カナ）