

様式第1号（第5条関係）

## 西尾市特定不妊治療費等助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）西尾市長

申請者 〒

住所

氏名

（口座名義人と同一）

電話番号

（連絡がとれる電話番号）

西尾市特定不妊治療費等助成金を支給してください。

※太枠内をご記入ください。

|      |    |
|------|----|
| 申請回数 | 回目 |
|------|----|

| 区 分                          |           | 夫                |                 | 妻            |  |
|------------------------------|-----------|------------------|-----------------|--------------|--|
| （ふりがな）<br>氏 名                |           | （ ）              |                 | （ ）          |  |
| 生年月日                         |           | 年 月 日            |                 | 年 月 日        |  |
| 住所                           |           | 〒 —              |                 |              |  |
| 住所<br>（※夫婦の住所が異なる<br>場合のみ記入） |           | 〒 —              |                 |              |  |
| 振<br>込<br>先                  | 金融<br>機関名 | 銀行<br>信用金庫<br>農協 |                 | 本店<br><br>支店 |  |
|                              | 預金種別      | 普通               | （フリガナ）<br>口座名義人 | （ ）          |  |
|                              |           | 当座               | （申請者と同一）        |              |  |
| 口座番号                         |           |                  |                 |              |  |

私たちは、特定不妊治療費助成事業認定申請に係る住民基本台帳等の閲覧に関して同意します。

年 月 日

氏名（※） 夫 妻

（※）本人が署名しない場合は、記名押印してください。

|       |   |                   |     |
|-------|---|-------------------|-----|
| 給付決定額 | 円 | （承認・不承認）<br>決定年月日 | 受付印 |
|-------|---|-------------------|-----|

<申請に必要なもの>

- 1、特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
- 2、愛知県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し