

様式第 1 号 (第 5 条関係)

年 月 日

桜川市長 様

申請者 住 所
氏 名 印

桜川市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

桜川市不妊治療費助成金の交付を受けたいので、桜川市不妊治療費助成金交付要項第 5 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

1. 補助金申請額 金 _____ 円
2. 治療の経費 金 _____ 円 (県助成金を差し引いた額)
3. 治療の期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
4. 夫婦氏名

	夫	妻
住 所		
氏 名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
電話番号		

5. お振込先

金融機関名	銀行・農協 信金・信組	本店・支店 出張所・支所
種類	普通 ・ 当座	口座番号
(フリガナ) 口座名義		

6. 備考 (どちらかにチェックする)

初回申請

2 回目以降の申請

初回申請 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

前回交付 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)