

様式第 1 号（第 7 条関係）

年 月 日

坂東市長 様

不妊治療費助成金交付申請書

坂東市不妊治療費助成事業実施要綱第 7 条の規定により、次のとおり申請します。

申請者	(フリガナ) 氏 名	() (夫 ・ 妻) 署名又は記名押印							
	生年月日	年 月 日生 治療開始日の満年齢 () 歳							
	住 所	〒 TEL :							
配偶者 等〇〇	(フリガナ) 氏 名	() (夫 ・ 妻) 署名又は記名押印							
	生年月日	年 月 日生 治療開始日の満年齢 () 歳							
	住 所	〒 TEL :							
婚姻年月日		年 月 日							
申 請 額		金 円				※助成上限額と治療費の自己負担額を比較して低い方の額			
申請者 振込先	金融機関名					銀 行 金 庫 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					
	口 座 番 号								(左詰記入)
☐ 助成要件確認のため、坂東市長が住民基本台帳等を確認し、支給要件に関する事項を照会することについて同意します。 ☐ この申請に係る不妊治療について、坂東市以外の地方公共団体の助成は受けていません。									
☐ 事実婚の場合 私達は婚姻の届出をしていませんが、事実上の婚姻関係と同様の事情にあることを誓約します。 年 月 日 申請者の氏名 _____ 配偶者等の氏名 _____									