

佐伯市子宝支援事業助成金給付申請兼請求書

年 月 日

佐伯市長 様

申請者 住所  
氏名  
電話番号

次のとおり、佐伯市子宝支援事業助成金の給付を受けたいので、佐伯市子宝支援事業助成金給付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請及び請求をします。

夫	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日生
妻	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日生
住 所		〒 電話番号 ( )
【夫婦の住所が異なる場合】 (夫・妻) の住所		〒 電話番号 ( )
婚姻年月日		年 月 日
申請・請求額	(治療期間 年 月 日～ 年 月 日)	円
	(治療期間 年 月 日～ 年 月 日)	円
	(治療期間 年 月 日～ 年 月 日)	円
	合 計	円
高額療養費の該当の有無 及びその区分		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (区分 )
他の助成金受領の有無 及びその金額		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 他団体 ) 円

振 込 先	金 融 機 関 名	
	本・支店等名	
	口座の種類	普通・当座・その他 ( )
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	
【振込先が申請者以外の場合】 私は、口座名義人を代理人と認め、佐伯市子宝支援事業助成金の受領に係る一切の権限を委任します。 年 月 日 申請者氏名 (自署)		

(添付書類)

- 1 医療実施証明書 (様式第2号)
- 2 薬剤内訳証明書 (様式第3号) (院外処方による投薬がある場合であって、領収書等に薬剤内訳がないときに限ります。)
- 3 不妊治療に係る領収書及び診療明細書の写し
- 4 佐伯市子宝支援事業助成金給付申請に係る同意書(様式第3号の2)
- 5 本件申請に係る不妊治療費において、高額療養費、他の助成金又は付加給付等を受領した場合は、当該支給決定通知書又はその写し
- 6 暴力団関係者でない旨の誓約書 (様式第4号)
- 7 その他 ( )