

様式第1号（第4条関係）

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 ⑩
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	〒	
【夫婦の住所が異なる場合】（夫・妻）の住所	〒	
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

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) ⑩		

(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）
- 3 不妊治療に係る領収書の写し
- 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他の助成金を受領した場合又は、高額療養費、付加給付等に該当した場合は、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()