

福井市不妊治療連絡カード作成費用助成申請書兼実績報告書兼請求書

福井市長様

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療連絡カード作成費用の助成を申請するとともに実績を報告し、助成金を交付されるよう請求します。
なお、本申請の審査に必要な範囲で、申請内容の確認を行うことに同意します。

記

年 月 日

		(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日					
申請・請求者氏名 (口座名義人と同じ)				昭和 年 月 日 (歳)					
住民登録の住所		〒		電話番号					
申 請 額		不妊治療連絡カードの自己負担額		金 円					
		申 請 額		金 円					
				※ 申請額の記入は、下記の算定方法によってください					
振 込 先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫・信用組合		本店 支店・出張所					
	預金種別	普通	(フリガナ)	()					
		当座	口座名義人						
	口座番号	(右詰記入)							

注1) 太枠の中をご記入ください。
注2) 不妊治療連絡カードを作成した日の属する年度の年度末までに申請してください。

〈申請額の算定方法〉

自己負担額が2,000 円未満の場合は、 申請額＝自己負担額

自己負担額が2,000 円以上の場合は、 申請額＝ 2,000 円

【市記入欄】

受付	住基