

戸田市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先） 戸田市長

申 請 者 住所 戸田市 _____

（請 求 者） _____

氏名 _____ 印

電話 _____

戸田市不妊治療費助成金交付要綱第6条の規定により、治療費等の助成を申請し、及び請求します。

対 象 者	夫	ふりがな				*住民日	
		氏 名					
		生年月日	年	月	日		
		現住所	〒 _____				
		電話番号	()				
	妻	ふりがな					*住民日
		氏 名					
		生年月日	年	月	日		
		現住所	〒 _____				
		電話番号	()				
申請額（請求額） (1,000円未満切り捨て)		(回分)	円				

*住民日は記入しないでください。

振込先

金融機関名	銀行・信用金庫								
支店名	支店・本店								
口座種別	普通・当座								
口座番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
フリガナ									
口座名義									

※添付書類

- 1 戸田市不妊治療実施証明書
- 2 市税に未納がないことを証明する書類（完納証明書）