様式第1号（第７条関係）

　　　年　　月　　日

龍ケ崎市長　　様

住所　龍ケ崎市

申請者氏名　　　　　　　　　　　　印

電話

龍ケ崎市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

　龍ケ崎市不妊治療費助成金交付要綱第７条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり龍ケ崎市不妊治療費助成金を申請し、請求します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 夫 | 妻 |
| 氏　　名 |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日(　　歳) | 年　　月　　日(　　歳) |
| 住　　所（住所が異なる場合のみ） |  |  |
| 助成申請額※本人負担額と５万円を比較して低い方の額 | ①生殖補助医療　（先進医療を含む。）円 | ②男性不妊治療円　 | ③合計円 |
| 振込先金融機関 | 銀行信用金庫組合 | 本店　支店　出張所 |
| 預金種別・口座番号 | 普通・当座 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義人 | 　 |
| □　事実婚の場合　　私達は、婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあることを誓約します。　　　　　　年　　月　　日夫の氏名　　　　　　　　　　印　　妻の氏名　　　　　　　　　　印　　 |
| 　この申請の審査に際し、関係書類の提出に代えて、龍ケ崎市備付けの戸籍、住民基本台帳及び市税等の納付状況について、公簿を照会することに同意します。　　　　　　年　　月　　日夫の氏名　　　　　　　　　　印　　妻の氏名　　　　　　　　　　印　　 |