

## 岩倉市一般不妊治療費助成事業請求書

年 月 日

岩 倉 市 長 殿

請 求 者  
住 所  
氏 名  
(口座名義人と同一)  
電話番号

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費の助成を請求します。

記

|             |         |                          |                             |             |     |  |  |        |
|-------------|---------|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----|--|--|--------|
| 対<br>象<br>者 |         | (ふりがな)<br>氏 名            |                             | 生年月日        |     |  |  |        |
|             | 夫       | ( )                      |                             | 年 月 日生 ( 歳) |     |  |  |        |
|             | 妻       | ( )                      |                             | 年 月 日生 ( 歳) |     |  |  |        |
|             | 住所(※1)  | 〒 —                      |                             | 電話 ( )      |     |  |  |        |
|             | 住所(※2)  | 〒 —                      |                             | 電話 ( )      |     |  |  |        |
| 振<br>込<br>先 | 金融機関名   | 銀行 本店<br>金庫 支店<br>農協 出張所 |                             |             |     |  |  |        |
|             | 預 金 種 別 | 普通                       | (ふりがな)<br>口座名義人<br>(請求者と同一) |             | ( ) |  |  |        |
|             |         | 当座                       |                             |             |     |  |  |        |
|             | 口 座 番 号 |                          |                             |             |     |  |  | (左詰記入) |
| 請 求 額       |         | 金                        |                             |             | 円   |  |  |        |

|           |  |                   |  |
|-----------|--|-------------------|--|
| 申請受理年月日   |  | (承認・不承認)<br>決定年月日 |  |
| 受 給 者 番 号 |  |                   |  |

注) 太枠の中をご記入ください。

※1：夫婦の住所を記入する。

※2：単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入する。