

古賀市特定不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

|                |  |               |
|----------------|--|---------------|
|                | ふりがな<br>氏名   | 生年月日          |
| 夫              |  | 年 月 日<br>( 歳) |
| 妻              |  | 年 月 日<br>( 歳) |
| 住所             | 〒 - 福岡県古賀市   | 電話 ( )        |
| 住所             | ※単身赴任等で夫婦等の住所が異なる場合に記入<br>〒 - 電話 ( )   |               |
| 県の助成決定日        | 年 月 日  |               |
| 治療期間           | 年 月 日 ~ 年 月 日  |               |
| 県への申請回数        | 本年度申請 ( ) 回目   | 通算 ( ) 回目     |
| 申請金額           | ( ) 円  |               |
| 申請金額算出         | ① 県が助成の対象とした治療費 ( ) 円<br>② 県の助成決定額 ( ) 円<br>③ (①-②) ( ) 円<br>※ただし、千円未満は切り捨て。助成上限額は5万円。 |               |
| 上記③の金額<br>について | ※該当の場合、チェックをお願いします。<br><input type="checkbox"/> 他市町村から上記助成金額について助成はうけていません。            |               |
| 古賀市税<br>について   | ※該当の場合、チェックをお願いします。<br><input type="checkbox"/> 市税の滞納はありません。                           |               |
| 助成金振込先         | 銀行 農協<br>信用 信組   | 支店            |
|                |  | 口座番号 (左詰記入)   |
|                |  |               |
|                | 口座名義人  | フリガナ          |

(宛先) 古賀市長

特定不妊治療費について助成金の交付を受けたいので、古賀市特定不妊治療費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、次に掲げる事項について同意します。

- この助成金の交付の決定に係る審査のため、私たちの世帯の住民基本台帳を閲覧されること及び私たちの古賀市税の滞納の有無、その他必要な情報について関係機関等から情報提供を受けること。
- 他の都道府県又は市町村から特定不妊治療費の助成に係る照会があった場合において必要と認められるときは、古賀市がこれに回答すること。

年 月 日

\_\_\_\_\_(夫氏名)\_\_\_\_\_(自署)

\_\_\_\_\_(妻氏名)\_\_\_\_\_(自署)