

龍ヶ崎市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

龍ヶ崎市長 様

〒
住所
申請者氏名 印
電話

龍ヶ崎市不育症治療費助成金交付要綱第5条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり不育症治療費の助成を申請します。

治療を受けた夫婦の氏名		生年月日		住民となった年月日			
夫		年	月	日(歳)	年	月	日
妻		年	月	日(歳)	年	月	日
婚姻年月日 (事実婚の場合は、婚姻関係が成立した日)		年 月 日					
助成申請額		円					
振込先金融機関		銀行 信用金庫 組合 店					
口座の種別・口座番号		普通・当座					
フリガナ							
口座名義人							
<input type="checkbox"/> 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ヶ崎市備付けの戸籍、住民基本台帳及び市税の納付状況について公簿を照会すること及び領収書の内容について医療機関に確認することに同意します。 年 月 日 夫の氏名 印 妻の氏名 印							

※以下、市事務処理欄

住民となった日	夫	年 月 日	妻	年 月 日
公簿	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 戸籍 年 月 日 確認 印		納税	<input type="checkbox"/> 市税滞納(有・無) 年 月 日 確認 印
確認	課長	課長補佐	担当主査・係長	担当グループ員