様式第１号（第５条関係）

一般不妊治療通院交通費等助成申請書

（宛先）五島市長

申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　一般不妊治療通院交通費等について市の助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。申請に当たり、住民基本台帳等の個人情報を確認することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配　偶　者 | 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 住　　所 | 〒　　－　　　　　　　※申請者の住所と同じ場合は、記入の必要はありません。 |
| 電話番号 |  |
| 不妊治療の期間 | 年　　　月　　　日から　　　　　　　年　　　月　　　日まで |
| 振　込　先 | 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　銀行・組合　　　　　　　　　　本　店支　店　　　　　　　　　　　金庫・農協　　　　　　　　　　出張所 |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義人 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　※カタカナで記入してください。 |

備考　「不妊治療の期間」は、「一般不妊治療医療機関受診等証明書」（様式第２号）に記載されている治療期間を記入してください。

添付書類

１.　一般不妊治療医療機関受診等証明書

２.　通院交通費等の支払額が確認できる領収書の原本

３.　夫婦双方の税を滞納していないことを証する書類

４.　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）