

羽村市長 橋本 弘山 あて

羽村市特定不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

羽村市特定不妊治療費助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

氏 名		生 年 月 日
(ふりがな) 申 請 者	印	年 月 日 ( 歳)
(ふりがな) 配 偶 者		年 月 日 ( 歳)
申請者住所	〒 電話 ( )	
申 請 額	_____ 円	

〔添付書類〕

- ①特定不妊治療受診等証明書（様式第2号）
- ②特定不妊治療に係る医療費の領収書の写し。
- ③東京都の不妊治療費助成の決定通知書の写し

特定不妊治療費助成金口座振込依頼書

助成金については、下記の口座に振り込んでください。

振 込 先 金 融 機 関	店 番 号	口座番号（普通口座）
銀行 本店		
信用金庫	口座名義	
農協 支店	(カカナ)	