

藤沢市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

藤沢市長

申請日を記入してください。

藤沢市不育症治療費助成事業実施要綱第6条に基づき、関係書類を添えて、次のとおり助成金を申請・請求します。交付が決定した助成金は、私が指定する次の口座に振り込んでください。口座名義人が申請者（請求者）と異なるときは、口座名義人に助成金の受領を委任します。

なお、助成金の交付に関して次の内容に同意します。

- ・助成金の交付に必要な情報について、市長が調査、取得、利用すること。
・申請に虚偽、その他不正な行為等があった場合は、助成金を返還すること。

※治療終了日から6か月以内にご申請ください。

押印・訂正印は不要です。

太枠 の中をご記入ください。

Application form with fields for applicant (藤沢 太郎), spouse (藤沢 花子), amount (100,000円), and attachments. Includes checkboxes for 'same as applicant' and 'checked for errors'.

【助成金振込先口座】 ※申請者（請求者）又は申請者の配偶者（パートナー）のいずれかの口座を記載してください。

Bank account information section including bank name (藤沢), branch (支店), and account number (123).

配偶者（パートナー）の口座も可

【市役所事務処理欄】

Administrative processing section with fields for application date, decision date, amount, and course name.