

美馬市不育症治療費助成事業申請書

○年 ○月 ○日

美馬市長 殿

美馬市不育症治療費助成金の交付を受けたいので、美馬市不育症治療費助成実施要綱第6条の規定により次のとおり申請します。

(注)太枠の中をご記入ください。(申請は治療等終了後、6か月以内に限りです。)

		申請者	配偶者(事実婚を含む)			
ふりがな 氏名		あわ はなこ 阿波 花子 ※記名押印	あわ たろう 阿波 太郎 ※記名押印			
生年月日(年齢)	昭和 平成	60年 4月 1日 (歳)	昭和 平成	60年 4月 1日 (歳)		
電話	連絡のつく電話番号		連絡のつく電話番号			
住所	〒777-0000 美馬市〇〇字△△1番地	〒777-0000 美馬市〇〇字△△1番地				
加入保険	〇〇健康保険組合		協会けんぽ			
申請額	金 円					
過去の助成状況	<input checked="" type="checkbox"/> 今回が初めて <input 3"="" type="checkbox/>()回目・いつ頃()・市町村名()</td></tr><tr><td rowspan="/> 振込先			金融機関名	阿波 銀行 農業協同組合	〇〇 支店 支所
預金種別	普通・当座	口座番号 1234567				
口座名義人	阿波 花子					
同意	この申請にあたり、必要のあるときは、以下のことについて美馬市が調査し、又は閲覧することを同意します。 ① 美馬市在住期間 ② 所得及び市税納税状況 ③ 医療機関へ紹介すること 申請者氏名 阿波 花子					

以下は職員記入欄

添付書類	<input type="checkbox"/> (1)美馬市不育症治療費助成事業受診等証明書(様式第2号) <input type="checkbox"/> (2)不育症治療にかかる領収書及び診療明細書 <input type="checkbox"/> (3)院外処方薬局の発行する領収書(院外処方の場合) <input type="checkbox"/> (4)保険者が発行した高額医療費又は附加給付の明細書等 <input type="checkbox"> (5)住民票(申請者と配偶者が別世帯の場合又は申請者と配偶者が事実婚関係にある場合) <input type="checkbox"/> (6)戸籍謄本(1回目のみ) <input type="checkbox"/> (7)申請者とその配偶者(事実婚を含む)に市税に滞納がないことを証明する完納証明書 <input type="checkbox"/> (8)その他市長が必要と認める書類</input>		
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
受給者番号	助成回数		回目