歌志内市一般不妊治療費助成金交付申請書

年　　月　　日

歌志内市長　様

申請者　　住 所

氏 名

歌志内市一般不妊治療費助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、次のとおり一般不妊治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

夫	(ふりがな) 氏 名		生年月日	年　月　日　(　歳)
妻	(ふりがな) 氏 名		生年月日	年　月　日　(　歳)
住　所	〒 電話			
住所 ※1 (夫・妻)	〒 ※1　夫婦の住所が異なる場合に記入してください。　電話			
過去に他の市町村の助成を受けたことがありますか。 ・ない　・ある → 過去 (　)回受けた　助成を受けた市町村名(　)				
今回の治療が第二子以降の一般不妊治療である場合のみ記載してください。 治療対象の子ども毎の助成回数となりますので、以前に一般不妊治療の助成対象となった子の氏名を記載してください。　氏名:				
申請額	円 (別紙　一般不妊治療証明書のとおり)			

一般不妊治療費助成金の交付を申請するにあたり、市が助成の適否を決定するために必要な次の事項について承諾及び同意します。

□住民基本台帳情報、所得額及び市税の納付状況等の個人情報を閲覧し確認すること。

□必要に応じて、他の市町村に対しこの申請に関する情報を照会し、または提供すること。

氏名(夫)　　氏名(妻)

※以下は記入しないでください。

関係書類	□医療機関が発行する一般不妊治療証明書(別記様式第2号) □治療にかかる領収書 □住民票(写) □戸籍謄本(写) □夫婦のうち一般不妊治療を行った者の健康保険加入者証(写) □事実婚関係に関する申立書	検収欄 未納(　□有　□無　) 確認印(　　グループ)

□助成決定　　□助成不可