

様式第1号(第6条関係)

燕市不育症治療費助成事業申請書

関係書類を添えて、次のとおり不育症治療費の助成を申請します。

年 月 日

(宛先) 燕市長

※太枠内をご記入ください。

申請者	(ふりがな) 氏名	()	生年月日	年 月 日
	住所	〒 燕市		
配偶者	(ふりがな) 氏名	()	生年月日	年 月 日
	住所 ※夫婦の住所が異なる場合に記入	〒		
申請回数		回目 (前回の申請 年 月)		
日中連絡可能な電話番号		() 夫・妻・その他 ()		
<p>・不育症の治療費助成の交付を受けるために、審査に必要な範囲で、夫婦の住民基本台帳、税務情報の調査並びに医療機関、調剤薬局への問い合わせを、燕市職員が行うことに同意いたします。同意した調査で確認できない場合は、必要書類を提出します。</p> <p>・今回の申請は、その他の助成申請の費用と重複していません。</p> <p>氏名 夫 _____ 印 妻 _____ 印 (夫及び妻が自署もしくは記名押印)</p> <p>申請額 金 _____ 円 保険外診療は治療合計額、保険内診療は母子健康手帳交付前日分まで合計金額の1/2で1治療期間あたり10万円まで</p>				
振込先	金融機関名	銀行・農協 店 金庫・信組 所		
	預金口座	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人	()		

添付書類

- ① 燕市不育症治療費助成事業受診等証明書
- ② 保険医療機関発行の領収書・明細書

(以下は記入の必要はありません)

申請番号	
市税等の未納	無 ・ 有
母子健康手帳 交付	無 ・ 有 (交付日:)
決定年月日	決定・却下