

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1	ふりがな		生年月日
	氏 名		年 月 日 (歳)
	連絡先	日中可能な連絡先	
申請者2 (申請者1 の配偶者 等)	ふりがな		生年月日
	氏 名		年 月 日 (歳)
	連絡先	日中可能な連絡先	
住 所		〒	
住 所 (2) ※申請者の住所が異なる場合 のみ申請者2の住所を記入		〒	
申 請 額		円	
・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、申請者の住民基本台帳、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。 ・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。 氏 名 夫 _____ 印 妻 _____ 印 (夫及び妻が自署又は記名押印)			

(以下は記入の必要はありません)

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

【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
- ③ 燕市不育症治療費助成事業請求書
- ④ 申請者名義の口座の写し（通帳やキャッシュカード）
- ⑤ 加入医療保険資格情報の分かるものの写し（申請者1及び2）