

燕市不妊治療費助成事業申請書

燕市不妊治療費助成事業実施要綱により助成を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

年 月 日

燕市長 様

※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	

※ (1) 申請者1と2の住所が異なる場合等は、それぞれの住所地における申請の有無等について確認します。

(2) 申請者の所得状況及び市税等の納税状況は、下記同意書により確認します。

(3) 添付書類は、以下のとおりとします。

同意書

燕市不妊治療費助成交付決定審査のため、申請者の所得状況及び市税等の納税状況を確認することに同意します。(自署の場合は押印不要)

申請者1	申請者2
氏名 (印)	氏名 (印)

(以下は記入の必要はありません)

申請者番号		決定年月日 (承認・不承認)	
市税等未納の有無	有・無		

【添付書類】

- ① 燕市不妊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・診療明細書
- ③ 燕市不妊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)