

阿波市不育症治療費助成事業申請書

阿波市長 様

阿波市不育症治療費助成事業の助成金の交付を受けたいので、阿波市不育症治療費助成事業実施要綱(以下「要綱」という。)第6条の規定により、添付書類を添えて下記のとおり申請します。私は、この申請をするに当たり、要綱第2条各号の全てに該当することを誓約します。

記

※太枠内のみ記入してください。

	申請者	配偶者(法律上の婚姻関係がある場合)
ふりがな		
氏名	(印)	
生年月日 年齢	年 月 日(歳)	年 月 日(歳)
住所	〒	〒 ※申請者と異なる場合のみ記入
電話番号	() -	() -
加入医療保険		
申請金額	金	円
過去の助成状況	<input type="checkbox"/> 今回が初めて <input type="checkbox"/> ()回目・いつ頃()・市町村名()	
同意	この申請に当たり、必要のあるときは、以下のことについて阿波市が調査し、又は閲覧することを同意します。 1 配偶者との婚姻関係及び阿波市在住期間 2 所得及び市税納税状況 3 医療機関へ照会すること <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 申請者氏名 (印) 配偶者氏名 (印) </div>	

以下は職員記入欄

添付書類	<input type="checkbox"/> (1)阿波市不育症治療費助成事業申請金額明細書(様式第2号) <input type="checkbox"/> (2)阿波市不育症治療費助成事業受診等証明書(様式第3号) <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療養費又は付加給付の明細書等 <input type="checkbox"/> (5)戸籍謄本 <input type="checkbox"/> (6)市税に滞納がないことを証明する完納証明書 <input type="checkbox"/> (7)対象となる治療等を受ける者及びその者と法律上の婚姻関係にある配偶者の所得を証明する書類(所得課税証明書等) <input type="checkbox"/> (8)その他市長が必要と認める書類		
申請受理年月日	年 月 日	(交付・不交付) 決定年月日	(交付・不交付) 年 月 日
受給者番号			
	申請者	配偶者	
住定年月日	年 月 日	年 月 日	
市税等滞納	有・無		有・無
所得額	年分	申請者(A)控除後	配偶者(B)控除後
		計(A+B)	