

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(事実婚を含む)		
ふりがな							
氏名							
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、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 申請者氏名					
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信組・農協		支店名	本・支店 本・支所	分類	1. 普通 2. 当座
	口座番号	ふりがな		口座名義人			

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)不育症の検査及び治療に要した費用の領収書及び診療明細書 <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)住民票(事実婚関係にある場合に限る) <input type="checkbox"/> (7)市税に滞納がないことを証明する完納証明書 <input type="checkbox"/> (8)その他市長が必要と認める書類		
	申請者		配偶者
住定年月日	年 月 日		年 月 日
市税滞納	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)	