

## 記入例

## 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	あわ はなこ	あわ たろう				
氏名	阿波 花子	阿波 太郎				
生年月日 年齢	S63年 4 月 15 日( 34 歳)	S63年 5 月 15 日( 34 歳)				
住所	〒771-〇〇△△ 阿波市〇〇町△△1番地	〒	※申請者と異なる場合のみ記入			
電話番号	( 090 ) 33〇△ - 11〇△	( 090 ) □〇22 - 22△〇				
加入医療保険	〇〇健康保険組合	△△健康保険組合				
申請金額	金 137,500	円				
過去の助成状況	<input checked="" type="checkbox"/> 今回が初めて <input 3"="" type="checkbox/&gt;( )回目・いつ頃( )・市町村名( )&lt;/td&gt;&lt;/tr&gt;&lt;tr&gt;&lt;td&gt;同意&lt;/td&gt;&lt;td colspan="/> 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 阿波 花子					
振込先	金融機関名	〇〇 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	1 2 3 4 5 6 7	ふりがな 口座名義人	あわ はなこ 阿波 花子		

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</input>			
住定年月日	申請者 年 月 日		配偶者 年 月 日	
市税滞納	申請者 有・無		配偶者 有・無	
所得額	年分	申請者(A)控除後	配偶者(B)控除後	計(A+B)