

記入例

阿波市スマイルファミリー不妊治療応援事業申請書

阿波市長 様

阿波市スマイルファミリー不妊治療応援事業の助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。この申請をするに当たり、阿波市スマイルファミリー不妊治療応援事業実施要綱第2条各号の全てに該当することを誓約します。

※太枠内のみ記入してください。

		夫				妻			
ふりがな		あわ たろう				あわ はなこ			
申請者氏名		阿波 太郎				阿波 花子			
生年月日		平成○年 ○月 ○日(○○ 歳)				平成□年 □月 □日(□□ 歳)			
住 所		〒771-○○○○ 阿波市◇◇町△△1番地				〒 ※夫婦の住所が異なる場合のみ記			
電話番号		(090) ○○○○ - ○○○○				(080) □□□□ - □□□□			
加入医療保険		○○健康保険組合				□□健康保険組合			
申請金額		金 100,000 円							
過去の助成状況		<input checked="" type="checkbox"/> 今回が初めて <input type="checkbox"/> () 回目							
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 住民情報 2 医療機関及び加入する保険者への照会 3 阿波市以外の自治体へ本申請に係る情報の照会・提供 申請者氏名 阿波 花子							
振 込 先	金融機関名	○○ 銀行		金庫	支店名	△△ 本・支店		分類	1. 普通
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	2. 当座
		ふりがな				あわ はなこ			
		口座名義人				阿波 花子			

以下は職員記入欄

添付書類	<input type="checkbox"/> (1) 阿波市スマイルファミリー不妊治療応援事業(生殖補助医療【保険診療】)受診等証明書 <input type="checkbox"/> (2) 体外受精・顕微授精の治療(保険適用分)に要した費用の領収書及び診療明細書 <input type="checkbox"/> (3) 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"/> (4) 戸籍謄本(発行日から3か月以内のもの原本) <input type="checkbox"/> (5) 住民票(事実婚関係にある場合に限る)(発行日から3か月以内のもの原本) <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) その他市長が必要と認める書類								
		夫				妻			
住定年月日	平成○年 ○月 ○日					平成○年 ○月 ○日			