

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							
申請者氏名							
生年月日		年 月 日(歳)			年 月 日(歳)		
住 所		〒			〒 ※夫婦の住所が異なる場合のみ記		
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					
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					
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	年 月 日			年 月 日			