

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		() -		() -	
公的健康保険		国保・協会けんぽ・共済 その他()		国保・協会けんぽ・共済 その他()	
過去に助成を受けた後の出産(妊娠12週以降の死産を含む。)の有無	有・無	「有」の場合は、助成回数を0回にできます。その場合は、戸籍謄本(死産の場合は母子健康手帳のページの写し等)で確認します。			
		子の氏名		生年月日 年 月 日	
		子の氏名		生年月日 年 月 日	
過去の助成状況		<input type="checkbox"/> 今回が初めて <input type="checkbox"/> 過去に助成申請したことがある			
申請金額		金 円 ※市が記入します			
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(様式第2号) <input type="checkbox"/> (2) 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(院外処方における調剤分)(様式第3号) <input type="checkbox"/> (3) 生殖補助医療(保険診療)に要した費用の領収書及び診療明細書の写し <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の写し <input type="checkbox"/> (5) 戸籍謄本(発行日から3か月以内のもの原本) <input type="checkbox"/> (6) 住民票(事実婚関係にある場合又は夫婦どちらかの住民票が阿波市外の場合)(発行日から3か月以内のもの原本) <input type="checkbox"/> (7) 事実婚関係に関する申立書(事実婚関係にある場合) <input type="checkbox"/> (8) 金融機関の口座が分かるものの写し <input type="checkbox"/> (9) 市税に滞納がないことを証明する完納証明書(申請日付のもの) <input type="checkbox"/> (10) 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