

伊達市一般不妊治療費助成申請書兼請求書

年 月 日

伊達市長

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

	(ふりがな) 氏 名・生年月日	住 所 (夫婦の住所が異なる場合はそれぞれ記入)・連絡先	
申請者	印 年 月 日生 (歳)	〒 連絡先(自宅) (携帯)	
配偶者	印 年 月 日生 (歳)	〒 連絡先(自宅) (携帯)	
過去の助成の有無	伊達市一般不妊治療費助成 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有		
今回申請の 治療	治療日	領収金額	治療日当日の夫婦どちらかの住民票
	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 伊達市 <input type="checkbox"/> 他市町村
	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 伊達市 <input type="checkbox"/> 他市町村
	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 伊達市 <input type="checkbox"/> 他市町村
	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 伊達市 <input type="checkbox"/> 他市町村
	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 伊達市 <input type="checkbox"/> 他市町村
助成金交付 申請・請求額	円		
同意事項	一般不妊治療費の助成申請にあたり、支給の決定に関して必要な住民情報及び課税資料情報等の情報を閲覧し確認することを承諾します。また、助成の適性を図るために必要な場合は、他の自治体に情報の照会、提供をすること及び医療機関等に受診等証明書の内容を照会することについて同意します。 申請者名 _____ 印 配偶者名 _____ 印		
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	(ふりがな) 口座名義人	口座番号
受給者番号			
申請・請求受理月日		承認 非承認	助成金額 円
決定月日			

注) 太枠の中を記入してください。自署の場合は押印省略

- (添付書類) 1 一般不妊(人工授精)治療費助成事業受診等証明書(様式第2号) ※必須
 2 医療機関発行の診療費の領収書又は領収金額の明細書 ※必須
 3 法律上の婚姻関係にあることが証明できる書類
 4 住所が確認できる書類
 5 市税等の滞納が無いことを確認できる書類
 6 夫及び妻の所得額を証明する書類
 ※3～6は同意事項に署名があれば省略可能

