

阿蘇市不育症治療費助成金交付申請書

阿蘇市長様

申請者

印

下記のとおり不育症治療を受けたので、関係書類を添えて次のとおり阿蘇市不育症治療費助成金交付要綱第 6 条の規定により申請します。

※ 太枠の中をご記入ください

夫	(ふりがな) 氏名	生年月日	年 月 日 (歳)	
	住所	電話		
	加入保険	【種別】 国保・健保・共済・船員 【記号・番号】 【区分】 本人・被扶養者		
妻	(ふりがな) 氏名	生年月日	年 月 日 (歳)	
	住所	電話		
	加入保険	【種別】 国保・健保・共済・船員 【記号・番号】 【区分】 本人・被扶養者		
助成申請額	(申請額は治療費用の総額に 2 分の 1 を乗じて得た額と限度額を比較して低い方の額) 円			
過去に自治体等から受けた助成の有無	<input type="checkbox"/> 不育治療費の助成を受けたことはない <input type="checkbox"/> 阿蘇市で不育治療費の助成を受けたことがある 今年度 回目・通算 年目 (治療終了日が属する年度で通算してください) <input type="checkbox"/> 他自治体等で不育治療費の助成を受けたことがある () 市・町・村 その他 () 助成金額 () 円 助成時期 () 年 () 月			
医療機関	① 不育症の診断を受けた医療機関 (医療機関名)	② 不育症治療実施医療機関 <input type="checkbox"/> ①の診断を受けた医療機関で実施 <input type="checkbox"/> ①から紹介された医療機関で実施 (医療機関名)		
	助成金の交付に関して必要な住民基本台帳及び受診内容や領収金額等の情報並びに他自治体からの助成金交付状況について市長が照会、確認することについて同意します。			
夫氏名		印	妻氏名	印
(夫及び妻それぞれが記名押印)				