

一般不妊治療費助成申請書

年 月 日

二本松市長

申請者 (自署又は記名押印)

関係書類を添えて、一般不妊治療費の助成を申請します。

項 目	(ふりがな) 氏 名	生年月日			
		(年 齡)			
夫	()	年 月 日			
		(歳)			
住 所				TEL	
妻	()	年 月 日			
		(歳)			
住 所				TEL	
婚姻年月日等	<input type="checkbox"/> 婚姻年月日 (年 月 日)		<input type="checkbox"/> 事実上の婚姻関係		
保険適用外自己負担 治 療 費	円				
治 療 期 間	年 月 日 ~		年 月 日		
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行 金庫 組合		本店 支店 出張所	
	預 金 種 別	普通 ・ 当座	口座番号		
	ふ り が な				
	口座名義人				

下欄の同意により添付書類を省略(代用)できる場合があります。

同 意 欄	一般不妊治療費助成申請書(本書)の審査に当たり、次について確認、照会することに同意します。 (同意できないものは=で抹消してください。)				
	(夫) (自署又は記名押印)		(妻) (自署又は記名押印)		
	1 私の戸籍の内容				
	2 私の住民基本台帳				
3 私の医療機関での治療の内容					
4 私の市税等の納付状況					

下線以下は記入不要です。

申請受理月日		(承認・不承認)			
		決 定 月 日			
		受 給 者 番 号			

(丁) 下記のとおり決定する。

課長		係長		係員		起 案
					年 月 日	
助成承認決定額			円		添付書類確認印	
助成承認決定記号番号			号			