

御前崎市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

御前崎市長 様

住 所
 (申請者)氏 名
 電話番号

不育症 治療費助成金を交付されるよう、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

	夫	妻
ふりがな		
氏 名		
生年月日	年 月 日生 (歳)	年 月 日生 (歳)
住 所 (夫婦同じ場合は 夫欄のみ記入)	〒 電話 ()	〒 電話 ()
加入医療保険の 名 称		
治療を受けた 医療機関名		
治療にかかった 金額合計	円 (受診等証明書の金額)	
過去にこの助成金を受けたことがありますか？ ない ・ ある → 過去 () 回受けた。 (年 月頃) 助成金を受けた自治体名 ()		

添付書類

1. 御前崎市不育症治療費助成事業に関する同意書（様式第2号）
2. 御前崎市不育症治療費助成事業受診等証明書（様式第3号）
3. 治療に係る領収書
4. 夫及び妻の戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書（外国籍を有する方は、法律上の夫婦であることを証明する書類）
5. 夫及び妻が加入する医療保険の被保険者証の写し

受給者 番 号		通 算 年 数	年 目	所得	円	助成額	円
------------	--	------------	-----	----	---	-----	---