

様式第1号（第4関係）

大町市こうのとり支援事業助成金交付申請書

年 月 日

大町市長 殿

申請者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

大町市こうのとり支援事業助成金の交付を受けたいので申請します。

	氏名	生年月日	大町市への 住民登録開始	婚姻年月
夫		年 月 日	年 月	年 月
妻		年 月 日	年 月	

申請回数	過去における申請年度状況			
回目	年度	年度	年度	年度

不妊治療開始年月	年 月開始（治療 年目）
----------	--------------

口座 振込 金融 機関	金融機関名		支店名
	口座種別	口座番号	ふりがな 口座名義人
	普通		

加入 医療 保険	夫	氏名		(どちらかに○) 本人・被扶養							
		保険者名 (発行機関)		保険者 番号							
	妻	氏名		(どちらかに○) 本人・被扶養							
		保険者名 (発行機関)		保険者 番号							

なお、本申請に係る必要事項の確認のため、担当職員が申請者世帯の住民票を閲覧することについて同意します。

夫 \_\_\_\_\_ ㊦ 妻 \_\_\_\_\_ ㊦

以下、市処理欄のため記入しないでください

①夫住民登録確認	年 月 日登録 ・ 登録なし			
②妻住民登録確認	年 月 日登録 ・ 登録なし			
③受 付	回目			
④過去における交付状況	年度	年度	年度	年度
⑤県申請状況 (助成額)	円 ・ 却 下			
⑥医療保険附加給付額	円 ・ な し			
⑦自 己 負 担 額	円			
⑧審 査 済 額	円 [ ⑧ = 1 / 2 { ⑦ - ( ⑤ + ⑥ ) } 上限50,000円 ]			