

不育症治療助成事業助成金交付申請書(実績報告書)

年 月 日

大町市長 殿

申請者住所 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_

次のとおり、不育症治療の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

夫	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所		電話番号	
妻	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所		電話番号	
婚姻年月日		年 月 日		
住民登録年月日		夫	年 月 日	
		妻	年 月 日	
申請金額		円		

申請回数	回目			
過去における申請年度	年度	年度	年度	年度

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											

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及び医療機関等へ照会することについて同意します。

夫 \_\_\_\_\_ 妻 \_\_\_\_\_

市処理欄	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国・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 = {⑦ - (⑤ + ⑥)} × 1/2 上限 300,000円		