

鹿角市不育症治療費助成金申請書

年 月 日

関係書類を添えて不育症治療費助成金を申請します。

	氏名(フリガナ)		生年月日	
申請者			年 月 日(歳)	
配偶者			年 月 日(歳)	
住所 (※1)	〒 —		電話 ()	
住所 (※2)	〒 —		電話 ()	
治療期間	年 月 日 ~		年 月 日	
治療費用	円	申請額	円	
過去の助成の有無 (該当する場合は○をつける か、又はご記入ください)	今年度、この助成事業を申請したことがあります。 ・ない ・ある (ある場合、助成金額 円、助成時期 年 月 日)			
助成の適正を判断するために必要な場合は、住民情報及び市税の納付状況について、市担当部署に対し必要事項を照会して回答を受けること及び必要書類を申請し交付を受けること、また、鹿角市以外の自治体に対する本申請(助成)に係る情報の照会、提供及び医療機関に対する治療内容等の照会を行うことについて同意します。 年 月 日 氏名(自署) 夫 氏名(自署) 妻				

※1：夫婦の住所を記入してください。

※2：夫婦の住所が異なる場合にもう一方の住所を記入してください。住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫又は妻が異なる場所に住所を有している場合をいいます。

(添付書類)

- 1 医療機関証明書(様式第2号)
- 2 院外処方薬に係る薬局の領収書の写し
- 3 夫及び妻の住民票(住民情報の照会に同意しない場合又は鹿角市以外に住所がある場合)
- 4 夫及び妻の納税証明書(市税の納付状況の照会に同意しない場合)
- 5 夫婦であることを証明できる書類(事実上婚姻関係と同様の事情にあるものについては、両人の戸籍謄本(申請日以前3月以内に発行されたものとする。))