

阿蘇市不育症治療費助成金交付申請書

阿蘇市長様

申請者

下記のとおり不育症治療を受けたので、関係書類を添えて次のとおり阿蘇市不育症治療費助成金交付要綱第 6 条の規定により申請します。

※ 太枠の中をご記入ください

申請者	(ふりがな) 氏名	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	電話	
配偶者 (パートナー)	(ふりがな) 氏名	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	電話	
助成申請額	(申請額は治療費用の総額に 2 分の 1 を乗じて得た額と限度額を比較して低い方の額) _____ 円		
過去に自治体等 から受けた助成 の有無	<input type="checkbox"/> 不育治療費の助成を受けたことはない		
	<input type="checkbox"/> 阿蘇市で不育治療費の助成を受けたことがある 今年度 回目・通算 年目 (治療終了日が属する年度で通算してください)		
	<input type="checkbox"/> 他自治体等で不育治療費の助成を受けたことがある () 市・町・村 その他 () 助成金額 () 円 助成時期 () 年 () 月		
医療機関	① 不育症診断及び治療実施 医療機関 (医療機関名)	② 不育症治療実施医療機関 <input type="checkbox"/> ①の診断を受けた医療機関で実施 <input type="checkbox"/> ①から紹介された医療機関で実施 (医療機関名)	
	助成金の交付に関して必要な住民基本台帳及び受診内容や領収金額等の情報並びに他自治体からの助成金交付状況について市長が照会、確認することについて同意します。		
申請者氏名 _____		配偶者 (パートナー) 氏名 _____	
(申請者及び配偶者 (パートナー) それぞれが記名)			

世帯調書

申請者本人と居住及び生計を同じくしている人を全員記入してください。

フリガナ		生年月日
申請者氏名		年 月 日
フリガナ		生年月日
世帯員氏名		年 月 日
フリガナ		生年月日
世帯員氏名		年 月 日
フリガナ		生年月日
世帯員氏名		年 月 日
フリガナ		生年月日
世帯員氏名		年 月 日
フリガナ		生年月日
世帯員氏名		年 月 日
フリガナ		生年月日
世帯員氏名		年 月 日

阿蘇市記入欄（ここから先は、何も記入しないでください）

課名	種別	納入状況	担当者	摘要
税務課確認欄	市税等	滞納あり・滞納なし・該当なし		
住環境課確認欄	住宅使用料	滞納あり・滞納なし・該当なし		
福祉課確認欄	保育料	滞納あり・滞納なし・該当なし		
上下水道課確認欄	水道料	滞納あり・滞納なし・該当なし		