

みよし市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

みよし市長様

申請者  
住所  
氏名  
(口座名義人と同一)  
電話番号

関係書類を添えて下記のとおり不育症治療費の助成を申請します。

記

対象者	夫	フリガナ	加入医療保険
		年 月 日生( 歳)	社会保険・共済保険・国民健康保険 ・その他( ) [区分] 本人・扶養 [保険者番号] ( )
	妻	フリガナ	加入医療保険
		年 月 日生( 歳)	社会保険・共済保険・国民健康保険 ・その他( ) [区分] 本人・扶養 [保険者番号] ( )
助成対象経費			円
助成金申請額 (上限額15万円)			円

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は〔みよし市 ・ その他( )〕

太枠の中をご記入ください。

(添付書類)

- 1 みよし市不育症治療費助成事業に関する同意書
- 2 みよし市不育症治療費助成事業受診等証明書
- 3 領収書原本及び請求書
- 4 婚姻証明書(夫婦ともに外国人住民の場合で、住民票に夫婦関係の記載がない場合又は夫婦が同一世帯でない場合に限る。)

申請の際には、健康保険証をお持ちください。

〈担当課記入欄〉

承認・不承認決定年月日	
受給者番号	
市税納付状況 確認	年 月 日 確認者

受付印(受理月日)

Large empty box for the receipt stamp (受付印).