

様式第1号

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 (第6条に定めた額とする。)
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か。 ・ない ・ある (ある場合、助成金額 _____ 円、助成時期 _____ 年 月 日)		

※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 同意書
- 4 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類(戸籍謄本等)
- 5 夫及び妻の住民票(同意書を提出しない又は鹿角市以外に住所がある場合)
- 6 夫及び妻の納税証明書(同意書を提出しない場合)