

様式第1号（第7条関係）

不 育 治 療 費 助 成 申 請 書

年 月 日

三次市長 様

申請者氏名 _____

関係書類を添えて、次のとおり不育治療費の助成を申請します。

(ふりがな) 申請者氏名	()	生 年 月 日	年 月 日 (歳)
申請者住所	〒 三次市 電話 ()		
(ふりがな) 配偶者氏名	()	生 年 月 日	年 月 日 (歳)
配偶者住所	〒 三次市 電話 ()		
助 成 申 請 額	_____ 円		
過去に自治体から 受けた不育治療費 の助成（本市での 助成を含む） （※1）	<input type="checkbox"/> 不育治療費の助成を受けたことはない <input type="checkbox"/> 不育治療費の助成を受けたことがある（受けた回数 回） ・助成を受けた自治体 都・道・府・県 市・町・村 ・助成を受けた金額 円 ・助成を受けた時期 年 月		
申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号		治療終了 年月日	

注 太枠の中を記入してください。

※1 記入欄が不足する場合は、枠外に記入してください。

*申請にあたり、交付決定及び統計に必要な範囲内で、私及び私が属する世帯構成員の住民登録記載事項、婚姻関係、居住状況、市税等の納付状況、妊娠届出、妊婦健診受診等の状況確認等について、関係書類の提出及び公簿等の調査・確認されることについて承諾します。また、この調査・確認にあたり私が属する家族の同意を得ています。

なお、必要な場合は、市が医療機関や保険者へ照会することに同意します。
