

桑名市不育症治療費助成事業申請書

_____年 月 日

関係書類を添えて、下記事項に同意の上、不育症治療費の助成を申請します。

- ・医療機関より発行された申請書類の内容について、必要に応じて医療機関へ照会すること
- ・不育症治療費に係る助成状況について、必要に応じて他の自治体へ照会すること及び桑名市における助成状況を必要に応じて他の自治体へ提供すること

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
夫	()	年 月 日 (歳)
妻	()	年 月 日 (歳)
住所 (夫)	〒 電話番号 ()	
住所 (妻)	〒 電話番号 () <input type="checkbox"/> 夫と同じ	
今回申請する治療期間の治療費等について、他の自治体から助成を受けていません。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (助成対象外)		
桑名市にお住まいの方 (住民票がある方) のみ <input type="checkbox"/> 桑名市の住民基本台帳 (住民票) の情報を照会することに同意します。		
申請額 (証明書の領収額)	_____ 円	

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
---------	--	-------------------	--

注) 太枠の中を記入してください。

(添付書類)

1. 桑名市不育症治療費助成事業受診等証明書 (医療機関の証明)
2. 医療機関発行の領収書 (原本)
3. 夫婦のうち、桑名市に住民登録がある方の住民票
※住民基本台帳の照会に同意すれば省略可 (上記の同意欄)
4. 出生した場合の子の認知に関する意向書 (事実婚の関係である場合) (任意様式)