

須坂市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

(あて先) 須坂市長

申請者

住 所 須坂市

氏 名

電話番号

年度において須坂市不育症治療費助成金の交付を受けたいので、須坂市不育症治療費助成事業実施要綱第4の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

交付申請額		円			
加 入 医 療 保 険	夫	氏 名		(どちらかに○) 本 人 ・ 被 扶 養	
		保険者名 (発行機関)		保険者番号	
	妻	氏 名		(どちらかに○) 本 人 ・ 被 扶 養	
		保険者名 (発行機関)		保険者番号	
婚姻年月日	年 月 日				

添付書類

- 1 須坂市不育症治療費助成事業医師証明書 (様式第2号)
- 2 須坂市不育症治療費助成事業医療費等証明書 (様式第3号)
- 3 その他市長が必要と認める書類

●この申請に係る戸籍情報、住民情報及び税情報について確認すること並びに申請書類について他の地方公共団体、医療機関等へ確認することに同意いたします。

(自署) (夫) 氏名 \_\_\_\_\_ (妻) 氏名 \_\_\_\_\_