

牛久市不育症検査及び治療費助成金交付申請書

牛久市長 様

申請者 住 所 〒 ()

氏 名

電話番号

牛久市不育症検査及び治療費助成金交付要綱第5条の規定により、牛久市不育症検査及び治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

なお、この申請の審査に際し、住民基本台帳及び市税の納付状況について、公簿を照会することに同意します。

	夫	妻
フリガナ		
氏 名		
生 年 月 日 年 齢	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
住 所 *申請者と異なる場合記入		
電 話 番 号 *申請者と異なる場合記入		
加入医療保険		
※ 市 記 入 欄	コ ー ド : () 住定年月日 : (年 月 日) 市税等滞納 : (有 ・ 無)	コ ー ド : () 住定年月日 : (年 月 日) 市税等滞納 : (有 ・ 無)

支 払 額 (A)	円
申 請 額	円
これまでの助成の有無	なし ・ あり → (年 月) 助成額 (円)
牛久市に在住の意思	申請日より1年以上牛久市に在住する意思 : あり ・ なし

※ 支払額は、保険適応外の検査及び治療において支払った額を記入してください。

※ 申請額は、(A) と 50,000 円を比較して低い方の額を記入してください。

※ 申請日以降1年以上牛久市に住む意思のない方は、申請できません。

<添付書類>

- 1 不育症検査及び治療費医療機関受診証明書 ☐
- 2 健康保険証等の写し ☐
- 3 領収書・診療報酬明細書（医療機関発行） ☐
- 4 その他市長が必要と認める書類 ☐