

小松島市不育症治療費等助成事業申請書兼請求書

小松島市長 様

小松島市不育症治療費等助成事業の助成金の交付を受けたいので、小松島市不育症治療費等助成事業実施要綱(以下「要綱」という。)第6条の規定により、添付書類を添えて下記のとおり申請いたします。

私は、この申請をするにあたり、要綱第2条各号のいずれにも該当することを誓約します。

また、助成事業の適性を図るため、本申請の審査に必要な範囲で内容の確認を行うことに同意します。

記

※太枠内のみ記入して下さい。(申請は治療等を実施した日から6か月以内のものに限ります)

		申請者		配偶者(事実婚を含む)	
ふりがな 氏名		⑩		⑩	
生年月日(年齢)		昭和 平成	(歳)	昭和 平成	(歳)
電話番号		- -		- -	
住所		〒		〒 ※申請者と異なる場合のみ記入	
加入医療保険					
申請金額		金		円	
今年度の助成状況		<input type="checkbox"/> 今回が初めて <input type="checkbox"/> 前回(年 月頃)			
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協		本・支店 支所	
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	口座名義人				

以下は職員記入欄

添付書類	<input type="checkbox"/> 1.小松島市不育症治療費等助成事業受診等証明書(様式第2号) <input type="checkbox"/> 2.小松島市不育症治療費等助成事業における調査同意書 <input type="checkbox"/> 3.不育症治療等にかかる領収書及び診療明細書 <input type="checkbox"/> 4.院外処方薬局の発行する領収書及び明細書(院外処方の場合のみ) <input type="checkbox"/> 5.保険者が発行した高額療養費又は付加給付の明細書等(申請されている場合のみ) <input type="checkbox"/> 6.戸籍謄本(事実婚関係にあり、本籍地が市外である者のみ) <input type="checkbox"/> 7.その他市長が必要と認める書類			
	申請受理年月日	年 月 日	(交付・不交付)	(交付 ・ 不交付)
	受給者番号		決定年月日	年 月 日
		申請者		配偶者
	住定年月日	年 月 日	年 月 日	
	回数			