

様式第1号（第5条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

菊川市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

菊川市長 長谷川 寛彦 様

申請者 郵便番号

住 所

氏 名

電話番号 ( )

年度において菊川市不育症治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

夫	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		(年 齡)	( 月 歳)
妻	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		(年 齡)	( 月 歳)
夫婦の一方が申請者の住所と異なる場合の住所				
不育治療を開始した日		年 月 日		
今回申請する治療を開始した日 治療を終了した日		年 月 日から 年 月 日まで		
申請額 (各医療機関が証明した額の合計)		円		
不育症治療費用助成を他の市町村で申請したことがありますか。		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (助成を受けた市町村名 )		
菊川市において不育症助成金を過去に助成を受けたことがありますか。		あり ・ なし		

※ 以前の受給歴について以前にお住まいの自治体に確認を行うことについて

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1夫婦あたりの支給額の上限が定められています。県内の他市町から転入された方は、以前にお住まいの自治体へこの助成金の以前の受給状況を確認することがありますので御承知ください。なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。