

年 月 日

薩摩川内市長

様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

不育治療費等助成申請書

薩摩川内市不育治療費等助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不育治療費等の助成を申請します。

記

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
夫		年 月 日生 (歳)
妻		年 月 日生 (歳)
<p>本申請に係る受給資格確認のため、私及び配偶者(パートナー)の住民基本台帳等必要な資料の閲覧、並びに市税等の滞納がない証明書の提出に代えて、確認、照会及び調査することに同意します。</p> <p>年 月 日 ※それぞれ自署してください。</p> <p>【申請者】住 所 氏 名 ⑩</p> <p>【配偶者】氏 名 生年月日 申請者との続柄 (申請者と別居の場合)住 所</p> <p>※この同意書により確認する個人情報は、上記目的のためにのみ使用し、その他の目的に利用することはありません。</p>		
給付を受けようとする助成額		円
申請受理 年 月 日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日 年 月 日

(添付書類)

- 1 不育治療受診等証明書
- 2 医療保険加入状況がわかるもの
- 3 治療費の領収書等 (写し)
- 4 甌地域の方のみ

不育治療を受けるために要した甌各港と川内港間又は串木野新港間の船舶旅客運賃の領収書の写し