

高崎市不育症治療費等助成事業申請書

令和 年 月 日

(あて先)高崎市長

		(ふりがな) 氏名	生年月日
対象者	申請者	()	昭和 ・ 平成 年 月 日 生 (歳)
	配偶者	()	昭和 ・ 平成 年 月 日 生 (歳)
	住所(※1)	〒 () 電話 ()	
	住所(※2)	〒 () 電話 ()	

助成の可否を決定するにあたり、住所及び婚姻関係の有無を確認するために、市が私たち夫婦の住民基本台帳情報を確認することを承諾します。

また上記の内容に同意の上、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

今までの助成状況	今まで高崎市で不育症治療費の助成を受けたことが	ない	ある
	【ある場合】	()年 ()月頃	()年 ()月頃

不育症検査及び治療に要した額 (受診等証明書の領収金額)	申請額 (上限額を超える場合は上限額)
金 円	金 円

振込指定 金融機関	金融機関名 (支店)	普通・当座・その他()
※ご夫婦 どちらかの口座	フカサ 口座名義人 口座番号	

□配偶者に不育症治療費等助成事業費に係る助成金受領の権限を委任します。

※1 申請者の住所を記入。※2 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入。

添付書類	必須	1 高崎市不育症治療費等助成事業受診等証明書(様式第2号) 2 医療機関発行の不育症検査及び治療の領収書及び診療、調剤内容がわかる明細書(原本とコピー両方) 3 請求書 4 妻の健康保険証の写し 5 振込口座が確認できるもの	
	必要に応じ	1 住民票(夫婦のどちらかの方が市外に住所を有する場合のみ) 2 戸籍謄本全部事項証明(別世帯、事実婚関係等で、婚姻関係が確認できない場合のみ) 3 高崎市不育症治療費等助成事業における事実婚関係に関する申立書(事実婚の場合)(様式第3号)	
申請受理年月日	R . . . 第 号	(承認・不承認)決定年月日	R . . .
		受給者番号	