

様式第1号(第6条関係)

高梁市不育治療費助成金交付申請書

年 月 日

高梁市長 様

次のとおり、不育治療費の助成を受けたいので高梁市不育治療費助成金交付要綱第6条の規定によって関係書類を添えて申請します。

なお、審査にあたり、記載内容及び市税の滞納の有無、本市への居住歴について公簿により確認されること、必要な場合には高梁市以外の自治体への同様の申請の有無について照会することを承諾します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日生 () 歳
	氏名	(自署又は記名押印)		
配偶者	フリガナ		生年月日	年 月 日生 () 歳
	氏名	(自署又は記名押印)		
申請者住所	〒			電話番号
配偶者住所 ※申請者と異なる場合のみ記入	〒			電話番号
不育治療の本人負担額	円			
助成金申請額	金 _____ 円			

- 添付書類 (1) 指定医療機関が発行する不育治療受診証明書(様式第2号)
 (2) 指定医療機関が発行する医療費の領収書の写し
 (3) 事実婚関係に関する申立書(様式第3号) ※事実婚の場合に限る。
 (4) その他市長が必要と認める書類

※市記入欄	初回申請		年 月 (妻の年齢 歳)		受付印
	市住民登録日	夫	年	月 日	
		妻	年	月 日	
	市税滞納の有無		有 ・ 無		
決定年月日		年 月 日	承認・不承認		