

福山市不育症治療費助成申請書

年 月 日

福 山 市 長 様

(振込口座名義人)

申 請 者 名 前

印

福山市不育症治療費助成事業実施要綱の内容を承諾の上、同要綱第8条の規定により、次のとおり不育症治療費の助成を関係書類を添えて申請します。

なお、私及び配偶者の住民票を住民基本台帳で調査・確認すること、私及び配偶者の市民税課税状況を市民税課税台帳で調査・確認することについて同意します。

また、助成金の受領に関することは、申請者が行います。

注) 太枠の中を記入してください。

申請者	(ふりがな) 名 前	()	生年 月日	年 月 日 (歳)	
	住 所	〒 ー 福山市			
	電話番号	()			
配偶者	(ふりがな) 名 前	()	生年 月日	年 月 日 (歳)	
	住 所	〒 ー			
	電話番号	()			
自己負担額合計		<small>※ 医療保険適用の有無は問いません。 ※ 複数医療機関(又は薬局)を受診した場合、 その医療費(調剤費を含む。)を合算した額 を記入してください。</small>			
助 成 申 請 額		円			
過去に福山市から 受けた不育症治療費 の助成		<input type="checkbox"/> 福山市不育症治療費の助成を受けたことがない。 <input type="checkbox"/> 福山市不育症治療費の助成を受けたことがある。 過去 () 回受けた 前回の申請 (年 月)			
申請受理年月日		年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	
受 給 者 番 号					