

福山市不育症治療費助成申請書【記入例】

福山市不育症治療費助成申請書

① 2018年 7月 1日

福山市長様

(振込口座名義人)

② 申請者名前 福山花子 福山

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。

③ 申請者	(ふりがな) 名前	(ふくやま はなこ) 福山花子	生年月日	1985年 1月 1日 (32歳)
	住所	〒720-8512 福山市 三吉町南2丁目11番22号		
	電話番号	084 (928) 3421		
④ 配偶者	(ふりがな) 名前	(ふくやま たろう) 福山太郎	生年月日	1986年 1月 1日 (31歳)
	住所	〒720-8512 福山市 三吉町南2丁目11番22号		
	電話番号	084 (928) 3421		
自己負担額合計		⑤ 350,000 円 <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		⑥ 300,000 円		
過去に福山市から受けた不育症治療費の助成		<input checked="" 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。 ⑦ 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
受給者番号				

① ・申請年月日(郵送の場合は、ポストに投函する日)を記入してください。

② ・申請者は、福山市に住民登録をしている方に限ります。
・助成金は、申請者に振り込みます。

・印鑑は、朱肉で押印してください。(スタンプ印不可)

③ ・申請者の名前、生年月日、住所及び電話番号を記入してください。

④ ・配偶者の名前、生年月日、住所及び電話番号を記入してください。

⑤ ・医療機関(又は薬局)に支払った自己負担額の合計を記入してください。
・複数医療機関(又は薬局)を受診した場合は、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。

⑥ ・助成申請額は、30万円が上限です。
・30万円未満の場合はその金額を、30万円以上の場合は、300,000と数字で正確に記入してください。

⑦ ・過去に福山市から受けた不育症治療費の助成状況を記入してください。