

様式第1号 (第7条関係)

伊達市一般不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

(宛名) 伊達市長

申請者 住所
氏名

印

伊達市一般不妊治療費助成金の交付について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

		申請回数	1回目・2回目・3回目
		婚姻年月日	年 月 日
	夫	妻	
(フリガナ)			
氏 名			
生 年 月 日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	
住 所	〒 電話番号	〒 電話番号 ※夫と同じ場合は省略できます。	
加入医療保険	名称 記号 番号	名称 記号 番号	
過去に他の市区町村で一般不妊治療に対する助成金を受けたことがある又は受ける見込みがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→過去 (回) 受けたことがある・受ける見込みがある 助成を受けた市区町村名 ()			
a	対象治療に要した自己負担額	円	
b	付加給付額	円	
c	助成対象一般不妊治療費 (a-b)	円	
助 成 金 交 付 申 請 額		円	

(注) 申請額は100円未満を切り捨てて記入ください。

同意書 私は、伊達市が伊達市一般不妊治療費助成金交付申請に係る事務を行うに当たり、住民基本台帳、市税又は国民健康保険税の納付状況等の個人情報(同一世帯者を含む。)を閲覧することに同意します。 また必要に応じ、他の市区町村に対し、この申請に関する情報の照会又は提供を行うことに同意します。 年 月 日 申請者 住所 氏名	印
--	---