

神栖市長 様

申請者 住所
氏名

神栖市不育症治療費助成金交付申請書

神栖市不育症治療費助成金の交付を受けたいので、神栖市不育症治療費助成金交付要項第5条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

- 1 助成金申請額 円
2 治療の経費 円(県補助金の交付金額を除く。)
3 治療の期間 年 月 日 ~ 年 月 日
4 治療を受けた夫婦

	夫	妻
住 所		
氏 名		
生 年 月 日	年 月 日	年 月 日
電 話 番 号		

5 申請にかかる同意

この申請の審査に際し、関係書類の提出に代えて神栖市備付けの住民基本台帳及び市税等の納付状況について公簿を照会すること及び領収書の内容について医療機関に確認することに同意します。

年 月 日

(夫) 氏名

(妻) 氏名

添付書類

- (1) 神栖市不育症治療医療機関証明書
- (2) 領収書の写し
- (3) 健康保険証等の写し
- (4) 住所および婚姻関係がわかる書類
- (5) 市税完納証明書

※ (4)(5)については、申請にかかる同意をし、神栖市備付けの公簿で確認できるときは、省略できます。