

熊谷市不育症治療費助成金支給申請書

年 月 日

熊谷市長 宛

次のとおり熊谷市不育症治療費助成金を申請します。

|       |                              |  |    |       |
|-------|------------------------------|--|----|-------|
| 夫     | ふりがな                         |  | 生年 | 年 月 日 |
|       | 氏名                           | ㊟  | 月日 | 年 月 日 |
|       | 現住所                          | 〒  |    |       |
|       | 電話番号                         | 【自宅・携帯・その他】 ※ 日中に必ず連絡のとれる電話番号を記入すること。<br>— — |    |       |
| 妻     | ふりがな                         |  | 生年 | 年 月 日 |
|       | 氏名                           | ㊟  | 月日 | 年 月 日 |
|       | 現住所                          | 〒  |    |       |
|       | 電話番号                         | 【自宅・携帯・その他】 ※ 日中に必ず連絡のとれる電話番号を記入すること。<br>— — |    |       |
| 申請額   | 円                            |  |    |       |
| 過去の助成 | 年度                           | 年度   | 年度 | 年度    |
|       | 熊谷市以外での助成 無 ・ 有 (地方公共団体の名称 ) |  |    |       |

※ 添付書類

- 1 申請者の戸籍抄本若しくは戸籍謄本又はその写し
- 2 申請者の住民票の写し又はその写し
- 3 申請者の婚姻日以後の住所が確認できる書類
- 4 保険証の写し
- 5 申請者の個人の市町村民税に係る所得に関する証明書、課税証明書若しくは非課税証明書又はその写し
- 6 不育症治療実施証明書 (様式第2号)
- 7 不育症治療に係る費用の領収書の原本
- 8 その他市長が必要と認める書類

私たちは、不育症治療費助成金の支給に係る資格審査のため、熊谷市が、住民基本台帳を閲覧すること、市税及び国民健康保険税の滞納の有無について確認すること、並びに官公署及び医療機関に照会することについて同意します。

年 月 日

現住所 \_\_\_\_\_

氏名 夫 \_\_\_\_\_ ㊟

妻 \_\_\_\_\_ ㊟

市記入欄 ※ この欄は、記入しないでください。

|      |   |         |                                      |         |                   |
|------|---|---------|--------------------------------------|---------|-------------------|
| 要件確認 | <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 助成年度数<br><input type="checkbox"/> 年度 <input type="checkbox"/> 所得 <input type="checkbox"/> 納税 |         | 所得額 ( 年 )                            | 合計      |                   |
|      |   |         | 夫 円<br>控除額 ( ) 円<br>妻 円<br>控除額 ( ) 円 | 円       |                   |
| 助成内容 | 治療費支払額 円  | 助成対象額 円 | 支給決定額 円                              | 支給年度 年度 | 支給・不支給決定年月日 年 月 日 |