

えびの市不育症治療費助成金給付申請書

年 月 日

（宛先）えびの市長

（申請者）

住所

氏名

印

電話番号

えびの市不育症治療費助成金給付要綱第5条の規定により、添付書類を添えて、下記のとおり不育症治療費の助成を申請します。

記

区 分	夫	妻
フリ ガナ 氏 名		
生年月日（年齢）	昭和・平成 年 月 日（ 歳）	昭和・平成 年 月 日（ 歳）
住 所 電話番号	〒 — —	〒 — —
過去の助成実績	○ 本市で助成を受けた回数 (回) ○ 他の市町村 () で過去に助成を受けた回数 (回)	
申 立 欄	○ 今回の助成申請に係る不育症治療費用に対し、他の市町村からの助成を受けて (いない・いる) ※予定を含む	
給付を受けようとする助成金の額		円

【市記載欄】 下記の欄には記入しないでください。

記

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		過去の助成回数	回
給 付 決 定 額			円
算 定 額	費用額 (A)		円
	県助成金額 (B)		円
	助成金対象額 (A - B)		円
	助成金額		円
審 査	○ (夫) 住民登録1年以上 定住日 (年 月 日)		あり・なし
	○ (妻) 住民登録1年以上 定住日 (年 月 日)		あり・なし
	○ 他の市町村からの助成の重複		なし・あり
	○ 市税 完納・未納 ()		
	○ 国民健康保険税 完納・未納 ()		
	○ その他 ()		

- （添付書類）
- 1 宮崎県不育症治療費助成金給付決定通知書の写し
 - 2 上記1に係る助成金給付申請書に添付書類として提出した不育症治療費助成事業受診等証明書の写し
 - 3 医療機関発行の領収書の写し
 - 4 同意書