

瑞穂市長 様

申請者氏名

瑞穂市特定不妊治療費（先進医療）助成申請書

瑞穂市特定不妊治療費（先進医療）助成事業実施要綱第5条の規定により、助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

夫	ふりがな		生年 月日	年 月 日
	氏名			( 歳)
	住所	電話 ( )		
妻	ふりがな		生年 月日	年 月 日
	氏名			( 歳)
	住所	<input type="checkbox"/> 夫と同じ <input type="checkbox"/> 別住所（下記に記入） 電話 ( )		
婚姻の状況	<input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚 <small>※事実婚関係等に関する申立書が必要です</small>			
居住意思	引き続き瑞穂市に居住しますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（理由： _____）			
同意書 本申請の適正を判断するために必要な場合は、瑞穂市が保有する住民基本台帳を閲覧することを承諾します。 また、申請の適正を判断するために必要な場合は、他の自治体に対する申請に係る情報の照会及び提供並びに医療機関に対する治療内容等の照会について同意します。 （夫及び妻が署名又は記名押印） 氏名（夫） _____ 氏名（妻） _____				
申請額	A 先進医療にかかった金額 _____ 円			
	B A × 70%（1円未満切り捨て） _____ 円			
	助成申請額 _____ 円（Bと50,000円のうち低い方の額）			