

南房総市長 宛

不育症治療費等の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

申 請 者	妻	ふりがな			
		氏 名			
		生年月日	年	月	日
		住 所	南房総市 電話 ( )		
	夫	ふりがな			
		氏 名			
		生年月日	年	月 日	
		住 所	※妻と同一の場合は、記入不要です。 電話 ( )		
助成申請額		円			
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協			
	支 店 名	本店・支店	普通・当座		
	口座番号				
	ふりがな				
	氏 名				
同意書					
不育症治療費等助成の決定に当たり、南房総市が保有する公簿等により婚姻の状況、住民基本台帳について南房総市が調査すること、また必要な場合には医療機関及び調剤薬局並びに千葉県へ照会することに同意します。					
申請者 (妻) 氏名 _____					
(夫) 氏名 _____					

添付書類

- 1 婚姻の届出をしている夫婦であることを証する書類（戸籍謄本等）
- 2 夫婦の双方又は妻の住民票の写し
- 3 不育症治療等医療機関証明書（別記第2号様式）
- 4 医療機関の発行する領収書及び診療明細書（原本）
- 5 医療保険被保険者証の写し
- 6 県要綱に基づく助成を受けた場合は、千葉県不育症検査費用助成承認決定通知書の写し
- 7 その他市長が必要と認める書類