

秋田市一般不妊治療費助成事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

記

※ 太枠線内にご記入ください

申請者	ふりがな 氏 名	生年月日（申請時の年齢）
夫	あきた たろう 秋田 太郎	1991年 4月 1日（● 歳）
妻	あきた はなこ 秋田 花子	1991年 7月 1日（● 歳）
住所(1)	〒010-0976 秋田市 八橋南一丁目8-3 日中連絡が取れる電話 090 (1234) 5678（夫・ <u>妻</u> ）	
住所(2)	（夫又は妻が単身赴任等により、夫婦の住所が異なる場合に記入） 〒 -	
・治療に要した費用を記入（千円未満切り捨て。上限5万円） ・金額が不明の場合は、未記入のままで提出 申請額 金 50,000円 助成の適正を判断するために必要な場合は、秋田市以外の自治体に対する本申請（助成）に係る情報の照会・提供および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。 ●年 ●月 ●日 ・窓口に提出する日（郵送の場合は投函日）を記入 （宛先） 秋 田 市 長		
過去の助成状況		助成を受けた年度
過去に秋田市で一般不妊治療費の助成を受けたことはありますか。 [無 ・ <u>有</u>]		● 年度 ----- 年度 ----- 年度

申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認)	承認 ・ 不承認
受給者番号	-	決定年月日	年 月 日
助成金	円	【過去の助成状況】 年度 月～ 月 か月間（助成額 円） 年度 月～ 月 か月間（助成額 円） 年度 月～ 月 か月間（助成額 円）	