

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		年 月 日（ 歳）
妻		年 月 日（ 歳）
住所(1)	〒 ー 秋田市 日中連絡が取れる電話（ ）（夫・妻）	
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) 〒 ー 電話（ ）	
申 請 額 金 ー , 0 0 0 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		
(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 ・ 有]		年度 ----- 年度 ----- 年度

申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決 定 年 月 日	承 認 ・ 不承認 年 月 日
受 給 者 番 号	ー		
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）	