

大分市不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

大分市長 殿

申請者氏名

配偶者氏名

※事実婚であっても、申請することができます。

大分市不妊治療費助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。
なお、助成金の申請に係る審査にあたり、大分市が助成対象者の住民基本台帳情報を閲覧することに同意します。また、本申請の内容に関して大分市が他の地方公共団体や受診医療機関へ確認を行うことに同意します。

| 助成対象者 | | 夫 | 妻 |
|-------|---|------------|----------------------|
| | (ふりがな) 氏名 | () | () |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | 年 月 日 (歳) |
| | 住所 | 〒 | 〒 *夫婦の住所が異なる場合に記入 |
| | 電話番号 | () | () |
| 助成状況 | <input checked="" type="checkbox"/> をいれてください。(他の地方公共団体から助成を受けている場合は助成対象外となります) <input type="checkbox"/> 今回申請する治療に係る費用について、他の地方公共団体から助成を受けていない。 | | |
| 申請額 | _____ 円 | | |

(添付書類)

- 戸籍謄本（本市において初めて本助成金を申請する場合のみ）
※事実婚の者にあつては、両人の戸籍謄本及び住民票の写し（市外居住者のみ）並びに事実婚関係に関する申立書
- 大分市不妊治療費助成事業受診等証明書
- 夫婦の一方が市外に居住する場合は、市外居住についての申立書

| 大分市記載欄 | |
|--------|--|
| 受給者番号 | |