

甲府市一般不妊治療（人工授精）費助成申請書

（あて先） 甲 府 市 長

次のとおり、関係書類を添えて甲府市一般不妊治療（人工授精）費の助成を申請します。

申請者	氏 名	生 年 月 日	
ふりがな 夫		年 月 日 生（ 歳）	
ふりがな 妻		年 月 日 生（ 歳）	
住 所	〒 甲府市 電話（ ）		
住 所 <small>※夫婦が別世帯の場合、 もう片方の住所を記入</small>	〒 電話（ ）		
婚姻年月日	年 月 日 事実婚の方は、こちらにチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/>		
申請額 （助成額）	円 ※治療総額×2分の1（上限5万円）		
○これまで甲府市から一般不妊治療（人工授精）費の助成を受けたことがありますか。 有 ・ 無			
○本申請に係る一般不妊治療（人工授精）費への助成について、夫婦の住所が異なる場合で、 他の市町村から一般不妊治療（人工授精）費の助成を受ける場合は、その内容を記入してください。			
申請の有無 無 ・ 有 →	市 町 村 名	申 請 額	助 成 額
		円	円
<p>上記の記載について相違ありません。甲府市一般不妊治療（人工授精）費助成金交付のため、甲府市が支給の決定に関して必要に応じて、私の個人情報を閲覧し確認することを承諾します。 また、助成の適正を判断するために必要な場合は、他の地方公共団体に情報の照会・提供すること及び医療機関に受診等証明の内容を照会することを同意します。</p> <p>氏 名（夫） _____ 氏 名（妻） _____ ※申請者が手書きしない場合は、記名押印してください。</p>			