

甲府市不育症治療費等助成申請書

(あて先) 甲 府 市 長

次のとおり、関係書類を添えて甲府市不育症治療費の助成を申請します。

申請者	氏 名	生 年 月 日
ふりがな 夫の氏名		年 月 日生 (歳)
ふりがな 妻の氏名		年 月 日生 (歳)
住 所	〒 甲府市	電話 ()
住 所 (夫婦の住所が 異なる場合に記入)※	〒	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)	金	円

○過去の不育症治療費助成の受給について、これまで甲府市及び他市町村から不育症治療費の助成を受けたことがある場合、その内容を記入してください。 ○受給の有無 有 ・ 無

申請年月日	市町村名	申請額	助成額
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			

○本申請に係る不育症治療費への助成について、山梨県への助成を申請した場合、その内容を記入してください。 ○申請の有無 有 ・ 無

都道府県名	申請年月日	申請額	助成額
	年 月 日		

○本申請に係る不妊治療費への助成について、夫婦の住所が異なる場合、他の市町村から不育症治療の助成を受けた場合、その内容を記入してください。 ○申請の有無 有 ・ 無

他市町村名	申請年月日	申請額	助成額
	年 月 日		

上記の記載について相違ありません。甲府市不育症治療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に同意します。

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。