

様式第1号（第6条関係）

松本市不育症治療費助成金交付申請書（実績報告書）

年 月 日

（あて先）松本市長

申請者 住所 松本市  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 電話 \_\_\_\_\_

松本市不育症治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

区分	(ふりがな) 氏名	生 年 月 日	松本市への住民登録年月
夫		年 月 日	年 月
妻		年 月 日	年 月
婚姻年月	年 月		
これまでに松本市でこの助成金をうけたことが ない ある → 助成回数 回目			
助成の申請に当たり、私の戸籍情報、住民情報、及び税情報について、照会・調査・閲覧されることについて同意します。 また、市が本申請内容について他の地方公共団体に照会すること及び証明書の内容について医療機関等へ照会することについて同意します。  (夫) 氏名 _____ 印      (妻) 氏名 _____ 印			

ここから下は記入しないでください。

市 処 理 欄	夫	住民登録確認	年 月 日	登録・登録なし		
	妻	住民登録確認	年 月 日	登録・登録なし		
	受 付		No. ( 回目、交付実績	年度 年度 年度 年度)		
	添付書類		診断書等証明書	治療実施証明書	領収書	滞納のない証明書
決 裁 欄	交付金の支給を 決定（下記の金額） 却下 してよろしいでしょうか		係	係長	課長補佐	課長

審査済自己負担額 ①	円	助成決定額 (①×2/3)	円
------------	---	---------------	---