

令和2年度松本市こうのとり支援事業医療費助成金交付申請書（実績報告書）

令和 年 月 日

(あて先) 松本市長

申請者

住所 松本市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話 \_\_\_\_\_

松本市こうのとり支援事業医療費助成金の交付を受けたいので申請します。

	氏名	生年月日	松本市への住民登録開始	婚姻年月
夫		S・H 年 月 日	S・H・R 年 月	H・R 年 月 日
妻		S・H 年 月 日	S・H・R 年 月	

申請者記入欄（太枠の中をご記入ください。）

不妊治療開始年月	過去の出産回数	申請回数
年 月 日開始（治療 年目）	0回・1回・2回・その他（ 回）	回目（前回 年度）

助成金の申請に当たり、市が所有する私の住民情報及び税情報を閲覧することに同意します。

(夫) 氏名 \_\_\_\_\_ 印      (妻) 氏名 \_\_\_\_\_ 印

以下、担当課記入欄

確認日	R 年 月 日	夫・妻・夫婦合算所得調査の結果（可・否）
確認日	R 年 月 日	市税納税調査の結果（可・否）

決裁欄	交付金の支給を決定（下記の金額） 却下してよいでしょうか				夫住民登録確認	年 月 日登録・登録無
	係	係長	課長補佐	課長	妻住民登録確認	年 月 日登録・登録無
					受付	No. ( 回目, 前回 年度申請)
					決裁日	年 月 日

審査済自己負担額 (①+②)	円	<b>助成決定額</b>	円
----------------	---	--------------	---

審査済自己負担額 \_\_\_\_\_円 × 2 / 3 = \_\_\_\_\_円