

秋田市一般不妊治療費助成事業申請書 記入説明

申請者	ふりがな 氏 名	生 年 月 日 (申請時の年齢)
夫	ふりがなをしてください	年 月 日 (歳)
妻		年 月 日 (歳)
住所 (1)	夫婦の住所を記入します。(単身赴任等で夫婦の住所が異なるときは、妻の住所を記入します。)	
住所 (2)	単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合夫の住所を記入します。	
申 請 額 金 _____ 円		
<ul style="list-style-type: none"> • <u>治療に要した費用(千円未満切り捨て。上限5万円。)</u> • <u>金額が不明の場合は、未記入のまま提出してください。</u> 		
助成の適正を判断するために必要な場合は、秋田市以外の自治体に対する本申請(助成)に係る情報の照会・提供および医療機関に対する治療内容等の照会について同意します。		
年 月 日	窓口に提出する日(郵送の場合は投函日)を記入してください。	

問い合わせ先 秋田市子ども健康課
 給付担当 (883-1172)
 (秋田市保健所2階)