

(様式1)

様式第1号(第5条関係)

丸亀市こうのとり支援事業申請書

年 月 日

丸亀市長 宛

申請者 氏名 _____

丸亀市こうのとり支援事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり裏面の内容を確認したうえで申請します。

また、本申請にかかる必要事項の確認のため、私の住民票、課税台帳及び市税の納付状況を確認すること、並びに他の自治体への照会及び他の自治体からの照会に応じることに同意します。

ふりがな 氏名	夫			妻		
		年 月 日 (歳)			年 月 日 (歳)	
生年月日		年 月 日 (歳)			年 月 日 (歳)	
住 所	電話番号 ()					
※夫婦の住所が異なる場合	電話番号 ()					
申請額	金 _____ 円 (うち、男性不妊治療分を除いた金額 _____ 円) (うち、男性不妊治療費分の金額 _____ 円)					
今回の治療を保険診療で受診した場合	限度額適用認定証の有無 (受診者ごとに、該当区分に☑をしてください。) <input type="checkbox"/> 受診者が妻 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ア・イ・ウ・エ・オ) <input type="checkbox"/> 受診者が夫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ア・イ・ウ・エ・オ)					
過去の助成の有無	令和4年4月1日以降に開始した治療のうち、丸亀市又は他の市町村(特別区を含む。)から、治療に係る助成を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有りの場合は、自治体名、助成時期及び助成金額を記入してください。					
	市区町村	時期		金額		
		年	月	円		
		年	月	円		
		年	月	円		
過去に助成を受けた後の出産(12週以降の死産を含みます。)の有無	<input type="checkbox"/> 有	出産前の助成回数を算入しない場合は、住民票(死産の場合は母子手帳のページの写し等)を添付してください。				
	<input type="checkbox"/> 無	子の氏名		出生年月日	年 月 日	