

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

（宛先） 松本市長

松本市不育症治療費助成金の交付を受けたいので申請します。

申請者	(ふりがな) 氏名	生年月日 電話	年 月 日( )歳
配偶者	(ふりがな) 氏名	続柄( ) 電話	生年月日 年 月 日( )歳
住 所	〒		
配偶者の住所	〒 (申請者と住所が異なる場合に記入してください。)		
1 婚姻関係 <input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚 2 松本市への住民登録開始 申請者：____年____月 配偶者：____年____月 3 過去にこの助成を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> ある 今回____回目 <input type="checkbox"/> ない			
申請額	_____円（助成限度額：30万円）		

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 \_\_\_\_\_ (妻)氏名 \_\_\_\_\_

以下、担当課記入欄

市税納税調査の結果（可・否）				年 月 日 確認	
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			申請者 住民登録確認	年 月 日登録・登録無
	係	係長	課長補佐	配偶者 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 本人負担額	円	助成決定額	円
--------------	---	-------	---

審査済本人負担額 \_\_\_\_\_ 円 × 2/3 = \_\_\_\_\_ 円