

第1号様式（第6条関係）

館山市がん・生殖医療治療費助成金交付申請書

平成 年 月 日

館山市長 様

申請者	住所	〒	電話番号	館山市に1年以上 居住している
	フリガナ		生年月日	
	氏名		年 月 日生	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

がん・生殖医療治療費総額 (助成対象額)	円	申請年度内の治療に要した本人負担額の合計から各医療保険で治療に要する費用に対し給付がされる場合は、その給付の額を控除した額
助成金申請額	円	助成対象額の2分の1に相当する額（千円未満は切捨て）とし、20万円を上限とします。

振込口座	名義人	フリガナ						
	氏名							
金融機関名	銀行		労働金庫	本店		支所		
	農協		信用金庫	支店		出張所		
金融機関コード	支店コード		預金種目		口座番号			
			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座					

私は、館山市がん・生殖医療治療費助成金の交付に必要な事項として、次の事項について調査および閲覧することに同意します。

- 市税等の納付状況を調査・閲覧すること。
- 住民基本台帳を調査・閲覧すること。

氏名 _____ ⑩

添付書類	<ol style="list-style-type: none"> 館山市がん・生殖医療治療費助成事業医療機関受診証明書（第2号様式） がん・生殖医療治療費の領収書 原疾患に係る主治医の診断書（コピー可）
------	--

館山市処理欄

受理日	年 月 日	交付決定日	年 月 日	交付決定額
受付番号			交付・不交付	円