

藤枝市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

藤 枝 市 長 宛

申 請 者  
住 所  
氏 名  
電 話 番 号

印

藤枝市不育症治療費助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて次のとおり助成金を申請及び請求します。

記

対 象 者		(ふりがな) 氏 名<自署又は記名押印>		生年月日							
	夫	( )		昭和 平成	年	月	日	( 歳)			
	妻	( )		昭和 平成	年	月	日	( 歳)			
	夫と妻の住所が異なる場合に記載	〒 —		電話		( )					
	加入医療保険 (夫)	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【区分】本人・被扶養者									
	加入医療保険 (妻)	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【区分】本人・被扶養者									
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫・農協 店									
	預金種別・ 口座名義	普通 当座	(フリガナ) ( )						(申請者と同一)		
	口座番号	番号								(左詰め)	
過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去 ( ) 回受けた。 ( ) 年 ( ) 月頃 助成金を受けた自治体は ( ) 市 ・ その他 ( )											

捨印

不育症	本人負担額	_____円	不育症治療費助成事業受診等 証明書の領収金額と一致
-----	-------	--------	------------------------------

申請額	円		
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
受給者番号			

検収印

注) 太枠の中をご記入ください。