

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・組回国保・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・組回国保・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	(ふりがな) ()								
		当座	(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。平成 () 年 () 月頃 助成金を受けた自治体は () 市・その他 ()											
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											

注) 太枠の中をご記入ください。