

第1号様式その1 (第6条関係)

藤枝市一般不妊治療(人工授精)費助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

藤枝市長様

住所  
申請者氏名  
電話番号

印

藤枝市一般不妊治療(人工授精)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を申請及び請求します。

(フリガナ)		夫の生年月日	S・H	年	月	日
夫の氏名		(年齢)				(歳)
(フリガナ)		妻の生年月日	S・H	年	月	日
妻の氏名		(年齢)				(歳)
夫の住所	〒 電話 ( )					
※夫と妻の住所が異なる場合は、妻の住所を記入	〒 電話 ( )					
加入医療保険(夫)	【種別】市町村国保・組合国保・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・組合国保・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	支店	預金種別	普通・当座	
	口座番号					
	(フリガナ)	( )				
	口座名義人					
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( 市町 ・その他( ) )						

捨印

検取印

以下記入不要

受給者番号		承認・不承認
交付決定額		円