

鹿部町不育症治療費助成事業申請書

年 月 日

鹿部町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

関係書類を添えて下記のとおり不育症治療費の助成を申請します。
記

対 象 者	夫氏名	(フリガナ)		夫の生年月日 年 月 日生(歳)			
	妻氏名	(フリガナ)		妻の生年月日 年 月 日生(歳)			
	住 所 ※下の欄は夫婦 の住所が異なる 場合に記入	〒 — 茅部郡鹿部町字		電話 ()			
		〒 —		電話 ()			
	加入医療保 険(夫)	【種別】町国保・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】町国保・組合国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者					
過 去 の 助 成 状 況 無・有(回)	時期	自治体名	年 月		年 月		
	年 月		年 月		年 月		
	年 月		年 月		年 月		
振 込 先	金融機関名	銀行・信組 本・支店 信金・農協 本・支所 漁組・金庫 出張所				当座・普通	
	(フリガナ) 口座名義人			口座番号			
申請額		一金 円也					
同意書 私たちは、鹿部町不育症治療費助成金の交付要件の確認のため、鹿部町長が住民基本台帳及び町税等に関する公簿を閲覧し、及び調査することに同意します。 年 月 日 氏名 夫 妻							

注) 太枠の中をご記入ください。振込先は、申請者名義の口座として下さい。

※鹿部町記入欄

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号			

◎裏面には、「申請に必要なもの」の記載がありますので、必ずお読みください。

〈裏面〉

〈申請に必要なもの〉

- 1 鹿部町不育症治療費助成事業申請書（様式第1号）
- 2 鹿部町不育症治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）
- 3 不育症治療費等に要した費用の領収書
- 4 健康保険証（夫婦ともに提示してください）
- 5 印鑑（申請書に押印したもの）

※郵送の方は、健康保険証（夫婦2人分）の写しを同封してください。