様式第１号（第６条関係）

**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。