

かほく市不育治療支援事業補助金交付申請書

年 月 日

かほく市長 様

1 関係書類を添えて次のとおり、不育治療費の補助を申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、所得調査等の確認を行うことに同意します。また、同意した調査で確認できない場合は、必要書類を提出します。

2 本申請に係る治療に対し、他の市町及び県の補助を受けません。

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

(口座名義人と同一)

不育治療に要した本人負担額 金 \_\_\_\_\_ 円 申請金額 金 \_\_\_\_\_ 円

(本人負担額のうち、上限 30 万円)

夫	フリガナ	生年月日	年 月 日( 歳)
妻	フリガナ	生年月日	年 月 日( 歳)
住 所 (※1)	〒 _____ 電話 ( )		
住 所 (※2) (夫 ・ 妻)	〒 _____ 電話 ( )		
1 年 前 の 住 所 (※3)	〒 _____		
過去 1 年間に居住した市町村(※4)	〒 _____		
加 入 医 療 保 険 (夫)	【保険者名称】 【被保険者証の記号及び番号】 【被保険者名】	【保険者番号】	
加 入 医 療 保 険 (妻)	【保険者名称】 【被保険者証の記号及び番号】 【被保険者名】	【保険者番号】	
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行・金庫・農協 店	
	預 金 種 別	普通・当座	口 座 番 号 _____
	(フリガナ) 口 座 名 義 人	(申請者と同一)	

※ 治療の終了した日の翌日から起算して3箇月以内に申請してください。

※1 夫婦の住所を記入する。

※2 夫婦の住所が異なる場合に記入する。

※3 補助を申請している最初の診療月の1年前の住所

※4 ※3以降に居住した市町村名