様式第１号(第５条関係)

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	氏名	フリガナ ㊞	生年月日	年　月　日(　歳)
	住所	〒 電話　(　)		
	加入医療保険	【保険者名称】　【保険者番号】 【被保険者記号及び番号】 【被保険者名】		
妻	氏名	フリガナ ㊞	生年月日	年　月　日(　歳)
	住所	□夫と同じ〒 電話　(　)		
	加入医療保険	【保険者名称】　【保険者番号】 【被保険者記号及び番号】 【被保険者名】		
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。