

様式第 1 号（第 6 条関係）

遠野市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

遠野市長 様

(申請者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

遠野市不育症治療費助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

（ふりがな） 夫の氏名	（ ）	年 月 日生（ 歳）		
（ふりがな） 妻の氏名	（ ）	年 月 日生（ 歳）		
住 所（※1）	〒 — 遠野市	電話番号（ ）	—	
住 所（※2）	〒 —	電話番号（ ）	—	
加入医療保険 (夫)	【種別】 市国保・組国保・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】 市国保・組国保・健保・共済・その他（ ）			
	【保険者番号】			
	【区分】 本人・被扶養者			
治療した 医療機関	医療機関名			
	住 所			
振込先 (※3)	金融機関名	支 店 名		
	口座の種類	1 普通 2 当座	口 座 番 号	
	（ふりがな） 口座名義人			

備考

※1 夫婦の住所を記入してください。

※2 単身赴任等により、夫婦が異なる場所に住所を有する場合等に記入してください。

※3 振込先の口座名義人は、申請者と同じ名義としてください。