

様式第1号(第5条関係)

遠野市一般不妊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)

遠野市一般不妊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)	
(※1) 住 所	〒 — 遠野市	電話番号() —	
(※2) 住 所	〒 —	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	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	※申請者と同じ名義とする。	

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。