第１号様式（第６条関係）

一般不妊治療費助成申請書

年　　月　　日

　二本松市長

申請者（自署又は記名押印）

　関係書類を添えて、一般不妊治療費の助成を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | （ふりがな）氏　名 | 生年月日 |
| （年　齢） |
| 夫 | （　　　　　　　　　　　　） | 年　　　　月　　　　日 |
| （　　　　歳） |
| 住所 | 　 | TEL |
| 妻 | （　　　　　　　　　　　　） | 年　　　　月　　　　日 |
| （　　　　歳） |
| 住所 | 　 | TEL |
| 婚姻年月日等 | * 婚姻年月日　（　　　　年　　月　　日　）　　　　　□　事実上の婚姻関係
 |
| 保険適用外自己負担治療費 | 円 |
| 治療期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行金庫 | 本店　　　　支店　　　　出張所　　　　 |
| 組合 |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | 　 |
| ふりがな | 　 |
| 口座名義人 | 　 |

　下欄の同意により添付書類を省略（代用）できる場合があります。

|  |  |
| --- | --- |
| 同意欄 | 一般不妊治療費助成申請書（本書）の審査に当たり、次について確認、照会することに同意します。（同意できないものは＝で抹消してください。）（夫）（自署又は記名押印）　　　　　　　　　　　　　　（妻）（自署又は記名押印）　 　　　　１　私の戸籍の内容２　私の住民基本台帳３　私の医療機関での治療の内容４　私の市税等の納付状況 |

下線以下は記入不要です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請受理月日 | 　 | （承認・不承認）決定月日 | 　 |
| 受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

（丁）下記のとおり決定する。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 　 | 係長 | 　 | 係員 | 　 | 起　案 |
| 年　　月　　日 |
| 助成承認決定額 | 　　　　　　　　　　　　円 | 添付書類確認印 |  |
| 助成承認決定記号番号 | 　　　　　　　　　　　　号 |