

第 1 号様式(第 6 条関係)

桜井市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

桜井市長 様

申請者

住 所

氏 名

電話番号

不育治療費助成金の交付を受けたいので桜井市不育治療費助成金交付要綱第 6 条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

交付申請額		円			
加入 医療 保険	夫	(ふりがな) 氏 名	( )	(どちらかに○) 本人・被扶養	
		保 険 名 (発行機関)		保険者番号	
	妻	(ふりがな) 氏 名	( )	(どちらかに○) 本人・被扶養	
		保 険 名 (発行機関)		保険者番号	
婚姻年月日	年 月 日				

(添付書類)

1. 不育治療医療機関等証明書
2. 当該不育治療に係る領収書及び明細書
3. 住民票(の写し)
4. 戸籍謄本(の写し)
5. 納税証明書

同意書

本市で、上記のうち 3 住民票の写し、4 戸籍謄本の写しについて、調査確認できることに同意します。

なお、必要な場合は、医療機関へ照会することに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_