

第1号様式（第7条関係）

申請No. ()

桜井市一般不妊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

(口座名義人と同一)

電話番号

関係書類を添えて、下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

(現在、他の市町村等で同種の助成を受けている場合は、助成できません。)

対 象 者	(ふりがな)		生年月日
	夫氏名		年 月 日生 (歳)
	(ふりがな)		生年月日
	妻氏名		年 月 日生 (歳)
	住所(※1) 夫婦の住所	郵便番号	電話
	住所(※2) 夫・妻	郵便番号	電話
加入医療保険 (夫)	[種別] 市町村国保・組合国保・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] 市町村国保・組合国保・健保・共済・その他() [保険者番号] ()	[区分] 本人・被扶養者	

過去にこの助成を受けたことがありますか。 ない・ある → 過去 () 回受けた。() 年 () 月頃 助成金を受けた自治体は () 市町村・その他 ()

上記の太枠内に御記入ください。◎申請の際に印鑑と健康保険証をお持ちください。

※1：夫婦の住所を記入。※2：単身赴任等で夫と妻の住所が異なる場合に記入。

添 付 書 類	1. 一般不妊治療等証明書（第2号様式）、領収書、請求書（第3号様式） 2. 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類（裏面同意書（第5号様式）記入の場合、不要） 3. 住所地を証明する書類（裏面同意書（第5号様式）記入の場合、不要）、市税等の滞納がないことを証明する書類（納税証明書）
------------------	---

申請受理年月日		承認・却下	決定年月日	
受給者番号		決定額		円