

光市不育症治療費補助金交付申請書

光市不育症治療費補助金の交付を受けたいので、光市不育症治療費補助金交付要綱第4条第1項の規定により、申請します。

記

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
夫	(夫の氏名・生年月日) 歳	
妻	(妻の氏名・生年月日) 歳	
住所(※1)	住民票住所を記入(アパート名・部屋番号)、TEL 日中連絡が取れる番号	
住所(※2)	ご夫婦の住所が異なる場合記入	
申請者氏名 (夫及び妻が記名押印)	夫の氏名	妻の氏名
申請金額 金	空白 円	医療保険各法の規定による医療に関する 給付額 空白 円
	空白 日	光市長 様
過去に光市から不育症治療費補助金の交付を受けたことがありますか。 ☐ 受けたことがない。		
補助金を受けた時期	年	月
補助金額(円)		
加入医療保険 (夫)	【種別】国保・健保・船員・共済・その他() 【保険者番号】()	
加入医療保険 (妻)	【種別】 ご夫婦それぞれの保険証内容記入 【保険者番号】() 【区分】本人・被保険者	
振込先	金融機関名	銀行・金庫 本店・支店・出張所
	預金の種類	普通 座
	口座番号	ご夫婦どちらかの振込先記入 (右語記入)
市使用欄(記入しないでください。)		
申請受理年月日	(承認・不承認) 空白	
受給者番号		

- ※1：夫婦の住所を記入する。
- ※2：夫婦の住所が異なる場合に記入する（住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう）。
- (添付書類) 1 不育症治療費医療機関証明書
2 不育症治療費調剤証明書（保険薬局で投薬を受けた方のみ）
3 不育症治療期間中に住民票、戸籍謄本等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
4 医療機関の発行する領収書
5 その他市長が必要と認める書類

様式第 7 号（第 5 条関係）

光市不育症治療費補助金交付請求書

記入不要

光市長様

申請者

住所

夫の住所（住民票の住所）・氏名

氏名

住所

妻の住所（同上不可）・氏名

氏名

記入不要

号で交付決定のありました光市不育症治療費補助金について、次のとおり請求します。

補助金請求額 金 記入不要 円