

## 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	( <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">夫の氏名・生年月日</span> )	歳)
妻	( <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">妻の氏名・生年月日</span> )	歳)
住所(※1)	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">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</span>	
住所(※2)	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">ご夫婦の住所が異なる場合記入</span> )	
申請者氏名	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">夫の氏名</span>	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">妻の氏名</span>
(夫及び妻が記名押印)		
申請金額 金	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">空白</span>	円
		医療保険各法の規定による医療に関する 給付額 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">空白</span> 円
	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">空白</span>	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。		
<input type="checkbox"/> 受けたことがない。		
補助金を受けた時期	年	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">不明の場合は、空白でご持参ください</span>
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】 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">ご夫婦それぞれの保険証内容記入</span> 者	
加入医療保険(妻)	【種別】 ( )	
	【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 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">債権者登録済のご夫婦どちらかの振込先記入</span>
	口座番号	(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) <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">空白</span>	
受給者番号	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">空白</span>	

※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