

## 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	(ひかり たろう) 光 太郎	昭和〇〇年 〇月 〇 日(〇〇 歳)
妻	(ひかり はなこ) 光 花子	昭和〇〇年 〇月 〇 日(〇〇 歳)
住所(※1)	〒743-0011 光市光井 2-2-1	電話 0833 (74) 3007 <b>日中連絡の取れる番号を記載</b>
住所(※2)	〒	電話 ( ) <b>夫婦の住所が異なる場合記入</b> <b>夫婦それぞれ氏名記入</b>
申請者氏名 <u>光 太郎</u> (夫及び妻が記名押印)		
申請金額 金 <b>記入不要</b> 円		
医療保険各法の規定による医療に関する 給付額 <b>記入不要</b> 円		
<b>記入不要</b> 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。 <input type="checkbox"/> 受けたことがある。		
補助金を受けた時期	年 月	年 月
補助金額(円)		
<b>お忘れの場合は 空欄でお願いします。</b>		
加入医療保険(夫)	【種別】国保・ <b>健保</b> ・船員・共済・その他( ) 【保険者番号】( 〇〇〇〇 )	【区分】本人・被保険者
加入医療保険(妻)	【種別】 【保険者番号】	被保険者
振込先	金融機関名 預金の種類 <b>普</b> 口座番号 <b>1</b>	店・出張所 所・店 (右詰記入)
<b>ご夫婦 どちらかの 振込先を記入</b>		
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) 決定年月日
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