

七 尾 市 長

- 1 関係書類を添えて次のとおり、不育症治療費の助成を申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、所得調査等の確認を行うことに同意します。
- 2 本申請に係る治療に対し、他の市町の助成を受けません。

申請者 氏名 \_\_\_\_\_  
(口座名義人と同一)

不育症治療に要した本人負担額 金 円 申請金額 金 円

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	
夫	( )	年	月 日( 歳)
妻	( )	年	月 日( 歳)
住所(※1)	〒 (電話番号 )		
住所(※2) (夫・妻)	〒 (電話番号 )		
加入医療保険 (夫) (※3)	【被保険者名】		【保険者番号】
	【被保険者証等記号・番号】		
	【保険者名称】		
加入医療保険 (妻) (※3)	【被保険者名】		【保険者番号】
	【被保険者証等記号・番号】		
	【保険者名称】		
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫・農協 本店・支店	
	預金種別	普通・当座	口座番号：
	口座名義人 (申請者と同一)	フリガナ	

- ※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。)  
 ※3 保険証の写しを添付の場合は省略可  
 《添付書類》  
 1 不育症治療医療機関受診等証明書(様式第2号)  
 (薬局で投薬を受けた方は、薬局からの証明書と合わせて提出してください。)  
 2 戸籍上の夫婦であることを証明する書類(戸籍謄本)(6箇月以内のもの)  
 3 夫婦の前年の所得(前年の所得が確定するまでの間は前々年の所得)を証明する書類(所得証明書)  
 4 夫婦の住所を確認できる書類(住民票)