

飛島村一般不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

飛 島 村 長 様

申 請 者
住 所
氏 名 印
(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。

記

対 象 者		(ふりがな) 氏 名<自署又は記名押印>	生年月日			
	夫	()	年	月	日生(歳)	
	妻	()	年	月	日生(歳)	
	住所(※1)	〒 —		電話 ()		
	住所(※2)	〒 —		電話 ()		
	加入医療保険 (夫)	【種別】市町村国保・組国保・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・組国保・健保・共済・その他() 【保険者番号】() 【区分】本人・被扶養者				
振 込 先	金融機関名 (※3)	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所		
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人 (申請者と同一)	()		
	口座番号					(左詰記入)
申 請 額	金 円					

過去にこの助成金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()
--

申請受理年月日	(承認・不承認) 決定年月日
受給者番号	

注)太枠の中をご記入ください。

※1:夫婦の住所を記入する。

※2:単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入する。

※3:振込先の金融機関に郵便局はご利用できません。

- (添付書類) 1 一般不妊治療費助成事業受診等証明書、領収書
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
3 住所地を証明する書類
4 夫及び妻の所得額を証明する書類

◎申請の際に、印鑑と健康保険証をお持ちください。