

第 1 号様式(第 5 条関係)

津久見市不育治療費助成金交付申請書

年 月 日

津久見市長 様

申請者

住 所
氏 名
電話番号

印

不育治療費助成金の交付を受けたいので津久見市不育治療費助成金交付要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

交付申請額		円			
加 入 医 療 保 険	夫	(ふりがな) 氏 名	()	(どちらかに○) 本人・被扶養	
		保険名 (発行機関)		保険者番号	
	妻	(ふりがな) 氏 名	()	(どちらかに○) 本人・被扶養	
		保険名 (発行機関)		保険者番号	
婚姻年月日		年 月 日			

(添付書類)

- 1. 不育治療医療機関等証明書
- 2. 当該不育治療に係る領収書及び明細書
- 3. 戸籍謄本及び住民票の写し

同意書

住民票の有無等について関係機関に調査・確認することに同意します。
なお、必要な場合は、医療機関へ照会することに同意します。

氏名 印