

第1号様式(第6条関係)

阿賀野市不育症治療費助成金交付申請書

関係書類を添えて、下記のとおり不育症治療費の助成を申請します。

なお、助成要件確認のため住民基本台帳等の公簿の閲覧や納税状況の確認、医療機関への内容確認等を行うことに同意します。

令和 年 月 日

阿賀野市長 様

※太枠内をご記入ください。

夫	(フリガナ) 氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月 日 (歳)
	住 所	阿賀野市		
妻	(フリガナ) 氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月 日 (歳)
	住 所	阿賀野市		
日中の連絡先	() 夫・妻・職場・その他()			
加入医療保険 (夫)	[種別] 市町村国保・組回国保・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・組回国保・健保・共済・その他() [保険者番号] () [区分] 本人・被扶養者			
申請回数	回目 (前回の申請は 年 月)			
今回の治療に対し、他の自治体での助成の有無			有 (円)・無	
申請者(夫及び妻が自署)				
氏名 夫 _____ 妻 _____				
申請額 金 _____ 円				
振込先	金融機関名			支店名
	預金種別	普通 当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			

注1) 振込先は、夫婦どちらかの名義の金融機関を記入してください。

注2) 添付書類は、次のとおりとします。

- ① 阿賀野市不育症治療保険医療機関等証明書(領収書及び診療明細書添付)
※保険薬局で投薬を受けた方は、上記の他阿賀野市不育症治療保険薬局等証明書
- ② 戸籍謄本
- ③ 夫婦両方の健康保険の加入状況がわかる書類(健康保険証の写し等)
- ④ その他市長が必要と認めるもの

<市記入欄>

	今回治療期間の初日の 属する年度（ 年度）	左記の前年度（ 年度）	照会日
夫	<input type="checkbox"/> 未納なし <input type="checkbox"/> 未納あり <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税情報なし	<input type="checkbox"/> 未納なし <input type="checkbox"/> 未納あり <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税情報なし	年 月 日
妻	<input type="checkbox"/> 未納なし <input type="checkbox"/> 未納あり <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税情報なし	<input type="checkbox"/> 未納なし <input type="checkbox"/> 未納あり <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税情報なし	年 月 日