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、納税状況及び加入医療保険資格情報等の確認、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。

<table>
<tr><td rowspan="4">夫</td><td>（フリガナ）
氏　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">昭和　・　平成　　年　　月　　日　（　　歳）</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">〒
阿賀野市</td></tr>
<tr><td rowspan="4">妻</td><td>（フリガナ）
氏　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">昭和　・　平成　　年　　月　　日　（　　歳）</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">夫の住所と異なる場合のみ記入してください。
〒
阿賀野市</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請回数</td><td colspan="3">通算　　回目（他自治体からの助成　有　・　無　）</td></tr>
<tr><td colspan="5">申請者（夫及び妻が自署）
氏　名　夫＿＿＿＿＿＿＿＿　妻＿＿＿＿＿＿＿＿
申請額　金＿＿＿＿＿＿＿＿円
自己負担額が 100,000 円を超える場合
申請額は 100,000 円となります。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">振込口座</td><td>金融機関名</td><td></td><td>支店名</td><td></td></tr>
<tr><td>預金種別</td><td>普通　当座</td><td>口座番号</td><td></td></tr>
<tr><td>（フリガナ）
口座名義人</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

※ 夫婦どちらかの名義の振込口座を記入してください。

（添付書類）
① 阿賀野市不育症治療保険医療機関等証明書
② 阿賀野市不育症治療保険薬局等証明書（保険薬局で投薬を受けた方のみ）
③ 領収書・診療明細書
④ 戸籍謄本
⑤ その他市長が必要と認めるもの

＜市記入欄＞

加入医療保険	夫　□ 別紙のとおり □ 下記のとおり [種別] 市町村国保・組合国保・健保・ 共済・その他（　　） [保険者番号] [区分] 本人 ・ 被扶養者	妻　□ 別紙のとおり □ 下記のとおり [種別] 市町村国保・組合国保・健保・ 共済・その他（　　） [保険者番号] [区分] 本人 ・ 被扶養者
今回治療期間の初日の 属する年度（　　年度）	夫　□ 未納なし □ 未納あり □ 非課税 □ 課税情報なし	妻　□ 未納なし □ 未納あり □ 非課税 □ 課税情報なし　　月　　日照会
上記の前年度（　　年度）	夫　□ 未納なし □ 未納あり □ 非課税 □ 課税情報なし	妻　□ 未納なし □ 未納あり □ 非課税 □ 課税情報なし　　月　　日照会