

様式第1号（第5条関係）

不妊・不育症療養費助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）伊那市長

申請者（受診者）

住 所

氏 名

電話番号

年度における伊那市不妊・不育症治療費助成金の交付を受けたいので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	
		保険者名 (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		
	保険者名 (発行機関)	保険者番号				
婚姻年月日 ※事実婚の場合は、事実の発生した日		年 月 日				
助成金振込先	金融機関等名	銀行 金庫 農協				
	口座番号	普通				(左詰め記入)
	(ふりがな)					
口座名義人						
◎助成金の申請に当たり、私の世帯に係る課税台帳等税務関係資料を不妊・不育症治療助成事業担当者が閲覧することを承諾します。						
氏名						

※ 事実婚の場合は、事実婚関係に関する申立書（様式第4号）を提出すること。