

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								本店 支店 支所	
	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。