

不育症治療費助成金交付申請書

江津市長 様

申請者住所

氏名

印

電話番号

江津市不育症治療費助成金交付要綱第5条の規定に基づき、不育症治療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

	氏名	生年月日
ふりがな 夫		年 月 日
ふりがな 妻		年 月 日
住所	〒	
住所（*）	〒	
加入保険（夫）	【種別】国保・健保・船員・共済・その他（ ） 【番号】	
加入保険（妻）	【種別】国保・健保・船員・共済・その他（ ） 【番号】	
本人支払額	円	
助成金額	円	

同意書

不育症治療費助成決定のために、私と配偶者の戸籍等及び住民基本台帳について確認することを同意します。

申請者

印

1 注意事項

- （1）太枠内を記入して下さい。
- （2）*については、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等記入して下さい。
- （3）申請時は、印鑑及び保険証をお持ちください。（郵送の方は保険証の写しを同封してください。）