

年 月 日

中央市不妊治療費等助成金交付申請書(兼請求書)

中央市長 様

次のとおり、関係書類を添えて中央市不妊治療費等助成金の交付を申請します。

年度		回目						
申 請 者				生年月日				
フリガナ 夫の氏名				年 月 日生(歳)				
フリガナ 妻の氏名				年 月 日生(歳)				
住 所		郵便番号		—		電話番号 ()		
〔 夫・妻 の住所 〕		郵便番号		—		〔*この欄は夫婦の住所が異なる場合のみご記入ください。〕 電話番号 ()		
助 成 金 交 付 申 請 額 ※治療費には、文章作成料、入院室料、 食事等直接治療に関係のない費用は含ま ない。		不 妊 治 療 費		円				
		男性不妊治療費		円				
医 療 保 険		夫	交付年月日		年 月 日			
			保 険 者 名					
			記 号		番 号			
			区 分		本人 ・ 被扶養者			
			限度額適用認定証		有 ・ 無		区 分	
		妻	交付年月日		年 月 日			
			保 険 者 名					
			記 号		番 号			
			区 分		本人 ・ 被扶養者			
			限度額適用認定証		有 ・ 無		区 分	

