

別記

第1号様式（第6条関係）

柏崎市不育症治療費助成事業申請書

柏崎市長 様

関係書類を添えて、次のとおり不育症治療等の助成を申請します。

年 月 日

※太枠内を御記入ください。

申請書	(ふりがな) 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	〒		
配偶者	(ふりがな) 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所 ※夫婦の住所が異なる場合に記入	〒		
申請回数		回目 (前回の申請 年 月)		
日中連絡可能な電話番号		() 夫・妻・その他 ()		
<p>・不育症治療等の助成の交付を受けるために、審査に必要な範囲で、夫婦の住民基本台帳、医療機関及び調剤薬局への問合せを、柏崎市職員が行うことに同意いたします。同意した調査で確認できない場合は、必要書類を提出します。</p> <p>・今回の申請は、その他の助成申請の費用と重複していません。</p> <p>氏 名 夫 _____ 妻 _____ (夫及び妻が自署もしくは記名押印)</p> <p>申請額 金 _____ 円 保険外診療は治療合計額、保険内診療は母子健康手帳交付前日まで 合計金額の 1/2 で 1 治療期間当たり 10 万円まで</p>				

振込先	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協		支店
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	(ふりがな) 口座名義人	()		

添付書類

- ① 柏崎市不育症治療費助成事業受診等証明書
- ② 保険医療機関発行の領収書及び診療明細書

以下は、記入の必要はありません。

申請受理年月日		(承認・不承認)決定年月日	
---------	--	---------------	--