様式第１号（第５条関係）

錦町不妊治療費助成事業申請兼請求書

年　　月　　日

錦町長　様

申請者　氏名　　印

関係書類を添えて次のとおり、不妊治療費の助成を申請します。
なお、担当課または関係機関が加入医療保険者・被扶養者の資格・給付等の必要な情報を確認することに同意します。

<table>
<tr><td></td><td>氏　　名</td><td colspan="5">生年月日及び年齢</td></tr>
<tr><td>夫</td><td></td><td colspan="5">年　　月　　日生（　　歳）</td></tr>
<tr><td>妻</td><td></td><td colspan="5">年　　月　　日生（　　歳）</td></tr>
<tr><td>住　所
（夫）</td><td colspan="6">錦町大字
電話番号　　（　　）</td></tr>
<tr><td>住　所
（妻）</td><td colspan="6">夫と異なる場合のみ記入</td></tr>
<tr><td colspan="3">登録番号（今まで申請された方は前回の決定通知書に記載された登録番号を記入して下さい）</td><td colspan="3">登録番号：</td></tr>
<tr><td colspan="6">年　　月　　日付、球錦健第　　号で交付決定のあった錦町不妊治療費助成事業補助金について下記金額を請求します。
年　　月　　日
請求者　氏名　　印
請求金額　　円</td></tr>
<tr><td>加入医療保険
（夫）</td><td colspan="5">【種　別】国保・健保・船員・共済・その他（　　）
【保険者番号】（　　）　【区　分】本人・被扶養者</td></tr>
<tr><td>加入医療保険
（妻）</td><td colspan="5">【種　別】国保・健保・船員・共済・その他（　　）
【保険者番号】（　　）　【区　分】本人・被扶養者</td></tr>
<tr><td rowspan="3">振込口座</td><td>金　融
機関名</td><td colspan="2">銀行・金庫・農協・信用組合</td><td>支店名
支所名</td><td colspan="2">本店・支店・支所</td></tr>
<tr><td>預金種別</td><td colspan="2">普通　・　当座</td><td>（フリガナ）
口座名義人</td><td colspan="2">（　　）</td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">申請者の口座に限ります。
（右詰めで記入してください。）</td></tr>
</table>

（添付書類）　１　錦町不妊治療費助成事業医療機関等証明書（領収書及び明細書添付）
２　錦町不妊治療費助成事業保険薬局等証明書　　注）保険薬局で投薬を受けた方のみ
３　被保険者証、受給資格者票加入者証及び組合員証
４　その他、町長が必要と認める書類