

様式第1号(第5条関係)

竹田市不育治療費助成金交付申請書

年 月 日

竹田市長 様

申請者  
住所  
氏名  
電話

印

不育治療費助成金の交付を受けたいので、竹田市不育治療費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて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	氏名		(どちらかに○) 本人・被扶養							
		保険名 (発行機関)		保険者番号							
	妻	氏名		(どちらかに○) 本人・被扶養							
		保険名 (発行機関)		保険者番号							
婚姻年月日	年 月 日										

添付書類：住民票の写し等