

奈良市不育症治療費等助成金交付申請書

（宛先）奈良市長

奈良市不育症治療費等助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、助成の可否を決定するに当たり、高額療養費、付加給付等の支給について、奈良市が健康保険組合等の保険者へ確認すること、及び助成要件確認のため、奈良市が公簿等により確認することに同意します。

		申 請 日	年 月 日		
		ふりがな	生 年 月 日		
		氏 名			
申 請 者	夫		年 月 日生（ 歳）		
	妻		年 月 日生（ 歳）		
	住所 （※1）	〒	電話（ ）		
	住所 （※2）	〒	電話（ ）		
①自己負担額		円	第2号様式に記載の金額		
②医療保険の給付等		円	高額療養費、付加給付等		
③申請額		円	①－②（上限30万円）		
加入医療保険 （夫）		【種別】国保・健保・船員・共済・その他（ ） 【区分】本人・被扶養者 【記号番号】（ ） 【保険者番号】（ ）【保険者名称】（ ）			
加入医療保険 （妻）		【種別】国保・健保・船員・共済・その他（ ） 【区分】本人・被扶養者 【記号番号】（ ） 【保険者番号】（ ）【保険者名称】（ ）			
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通座 <input type="checkbox"/> 当座
	（ふりがな） 口座名義人		口座 番号		

申請受理年月日	年 月 日	（承認・不承認） 決定年月日	年 月 日
受給者番号			

（注）太枠の中をご記入ください。

※1 夫婦の住所を記入してください。 ※2 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合に記入してください。