

能美市長 あて

- 1 能美市の要綱の規定により、治療費等の支給を受けたいので申請します。
- 2 本申請に係る治療に対し、他市町及び他県の助成は受けません。
- 3 本申請の審査に必要な範囲で、住所・戸籍・市税等の納付状況の確認を行うことに同意します。
- 4 本申請の審査に必要な範囲で、医療機関に証明内容等の確認を行うことに同意します。
- 5 本申請の審査に必要な範囲で、助成実績等について転出入先の他市町及び他県に確認を行うことに同意します。

申請者氏名 (夫又は妻)	
-----------------	--

氏名(夫)	(フリガナ) -----	生年月日	年 月 日 ( 歳)
氏名(妻)	(フリガナ) -----	生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所	能美市  電話番号 ( )		
単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合の住所	(夫・妻)〒  電話番号 ( )		

治療の助成開始月(※1)	年 月
1年前の住所(※2)	〒
転出入の状況(※3)	[都道府県名・市町名] ・ [居住期間] 年 月 日～ 年 月 日
備考欄	

加入医療保険(※4)	夫	[保険者名称] [保険者番号] [記号及び番号] [被保険者名]	※途中変更のあった人のみご記入ください。 (～ 年 月 日まで加入していた医療保険) [保険者名称] [保険者番号] [記号及び番号] [被保険者名]
	妻	[保険者名称] [保険者番号] [記号及び番号] [被保険者名]	※途中変更のあった人のみご記入ください。 (～ 年 月 日まで加入していた医療保険) [保険者名称] [保険者番号] [記号及び番号] [被保険者名]

振込金融機関	種目	口座番号	口座名義人(申請者と同一)
銀行・金庫・農協 支店	普通・当座		(フリガナ)

- (※1) 助成開始月とは、不育症治療の助成申請において、1治療につき、過去の申請～今回の申請のうち、最初の診療年月のこと。(ただし、平成23年4月1日以降の診療年月を記入。)
- (※2) (※1)の1年前の住所を記入。
- (※3) (※2)以降に転出入した人は、過去に居住した都道府県名・市町名・居住期間を記入。
- (※4) 今回申請する診療期間の加入医療保険を記入。(途中変更のあった人は変更前の加入医療保険とその期間も記入。)

