能美市子宝支援給与金支給申請書(生殖補助医療)

年 月 日

能美市長 宛て

- 1 能美市子宝支援給与金支給条例の規定により、給与金の支給を受けたいので申請します。
- 2 本申請の審査に必要な範囲で、住所、戸籍、所得等の確認を行うことに同意します。
- 3 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。
- 4 本申請の審査に必要な範囲で、本給与金と同様の制度に基づく受給実績等について、転出入の他市町村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		

(注)太枠の中を御記入ください。

_(注)太枠の中を御記入ください。											
				夫				妻			
	フリガナ										
	氏 名										
<u> </u>	生年月日		年	月	目(歳)	年	月	日(歳)	
	住 所	能美市					□夫と同じ 〒 能美市				
ē	電話番号	()	_			()	_			
加入健康保険	保険者名称										
	保険者番号										
	被保険者名			·							
	高額療養費認	を 当の有無					無 · 有 ··· 申請	済 ・ 未申	申請(領収書	詩返却)	
	同じ月に同一保険(被用者が同じ)内で					無 · 有 ··· 申請済 · 未申請(領収書返却)					
	一部負担金21,000円以上支払った家族の有無					続柄	(年	月分		
振込先	金融機	<u>——</u> と関		支店		普通	通預金 口座番号	口座	名義(カタブ	カナ)	
		銀行 金庫 農協			支店			※夫又は妻	H.		

≪添付書類≫

- 1 能美市子宝支援給与金医療機関証明書(生殖補助医療)
- 2 請求書及び領収書(原本) ※原本の返却が必要な場合は、コピーも併せて提出してください。
- 3 振込先の口座番号が確認できる通帳又はキャッシュカード(写し)
- 4 夫婦それぞれの「健康保険証」若しくは「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」(写し)
- ※ 必要に応じて上記添付書類以外にも書類の提出を求めることがあります。

※市処理欄

(添付書類4を添付できない場合) □ 職員がマイナポータルの資格情報画面を確認した