様式第１号（第７条関係）

**生殖補助医療費助成金交付申請書**

　　　年　　月　　日

隠岐の島町長　　様

申請者　　住所

　　　　　氏名

　　　　　電話

　隠岐の島町生殖補助医療費助成事業実施要綱第７条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 　　 | 生年月日 |
| 夫 |  | 　　　　年　　月　　日（　　歳） |
| 妻 |  | 　　　年　　月　　日（　　歳） |
| 住所（夫） | □申請者と同じ |
| 〒 |
| 住所（妻） | □申請者と同じ |
| 〒 |
| 過去1年以内に同種の助成を受けたことがありますか。　　　　　　　□ない　　　□ある　⇒　隠岐の島町・他自治体（　　　　　　　　　　） |
| 加入保険(夫) | 【種別】国保・健保・船員・共済・その他（　　　　）【番号】 |
| 加入保険(妻) | 【種別】国保・健保・船員・共済・その他（　　　　）【番号】 |
| 申 請 額 | 　　　　　　　　　円 | 助成対象額 | 　　　　　　　　　円 |

太枠内を記入してください。

保険証確認欄

受付印（受理月日）

住基確認欄

台帳確認欄