様式第１号（第６条関係）

遠野市特定不妊治療費等助成金交付申請書

年　　月　　日

遠野市長　　様

申請者　住　所
氏　名

標記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、申請に当たり、市が他の市町村に対しこの申請に関する情報を照会し、若しくは提供し、又は医療機関に対し治療内容等の照会をすることについて同意します。

<table>
<tr><td colspan="2">申請区分</td><td colspan="2">□特定不妊治療　　□男性不妊治療</td></tr>
<tr><td colspan="2">特定不妊治療費に対する給付・付加給付の有無</td><td colspan="2">・ない
・ある（給付を受けた額　　円）※注</td></tr>
<tr><td colspan="2">交付申請額</td><td colspan="2">円（うち男性不妊治療の交付申請額　　円）
（※注　給付を受けた額を除いた額を記入すること。）</td></tr>
<tr><td colspan="2">（ふりがな）
夫の氏名</td><td>（　　）</td><td>年　　月　　日生（　　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="2">（ふりがな）
妻の氏名</td><td>（　　）</td><td>年　　月　　日生（　　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="2">（※１）
住　　所</td><td colspan="2">〒　　－　　電話番号　　（　　）
遠野市</td></tr>
<tr><td colspan="2">（※２）
住　　所</td><td colspan="2">〒　　－　　電話番号　　（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">加入医療保険
（夫）</td><td colspan="2">【種別】　市国保・組合国保・健保・共済・その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">【保険者番号】</td></tr>
<tr><td colspan="2">【区分】　本人・被扶養者</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">加入医療保険
（妻）</td><td colspan="2">【種別】　市国保・組合国保・健保・共済・その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">【保険者番号】</td></tr>
<tr><td colspan="2">【区分】　本人・被扶養者</td></tr>
<tr><td rowspan="2">治療した医療機関</td><td>医療機関名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">過去の助成の有無

（該当する箇所に○を付けるか、又は記入してください。）</td><td colspan="2">他の市町村で同様の助成を受けたこと（受ける予定）がありますか。
・ない
・ある　⇒　過去に（　　）回受けた又は（　　）回受ける予定
当該市町村名（　　）
助成時期　　年　　月頃</td></tr>
</table>

備考

※１　夫婦の住所を記入してください。

※２　単身赴任や事実婚等により、夫婦が異なる場所に住所を有する場合等に記入してください。