

## 飯山市こうのとり支援事業申請書

年 月 日

飯山市長 あて

申請者

住所 (〒            -            )

飯山市

氏名

印

電話番号

飯山市こうのとり支援事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

加入 医療 保険	夫	フリガナ 氏 名		(どちらかに○) 本人・被扶養							
		保険者名 (発行機関)		保険者番号							
	妻	フリガナ 氏 名		(どちらかに○) 本人・被扶養							
		保険者名 (発行機関)		保険者番号							
婚姻関係 (どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> )		<input type="checkbox"/> 法律婚 (婚姻年月日            年            月            日) <input type="checkbox"/> 事実婚									

なお、本申請に係る必要事項の確認のため、担当職員が私の住民票及び課税台帳等税関係書類を閲覧することについて同意します。

夫 \_\_\_\_\_ 印                      妻 \_\_\_\_\_ 印

医療機関名	
薬局名	
通院開始時期	年            月            日 から
治療内容	体外受精・人工授精・不育症・その他 (                      )
高額療養費の申請	申請済            ・            未申請