

一般不妊治療費助成交付申請書

年 月 日

内灘町長

- 1 関係書類を添えて下記のとおり、不妊治療費の助成を申請します。
- 2 本申請に係る治療に対し、他の市町及び県の重複する助成を受けません。  
(内灘町一般不妊治療費助成事業実施要綱第5条第1項ただし書きに該当する者は除く。)

申請者氏名 \_\_\_\_\_ (署名又は記名押印)  
(口座名義人と同一)

不妊治療に要した本人負担額 金 \_\_\_\_\_ 円 申請金額 \_\_\_\_\_ 円

注) 太枠の中をご記入下さい。

	氏 名 (フリガナ)	生 年 月 日		
夫	( )	年	月	日( 歳)
妻	( )	年	月	日( 歳)
住 所(※1)	〒 _____		(電話 _____)	
住 所(※2) (夫・妻)	〒 _____		(電話 _____)	
1 年 前 の 住 所 (※3)	〒 _____			
過去1年間に居住 した市町村(※4)				
加 入 医 療 保 険 (夫)	【保険者名称】 【被保険者証の記号及び番号】 【被保険者名】	【保険者番号】		
加 入 医 療 保 険 (妻)	【保険者名称】 【被保険者証の記号及び番号】 【被保険者名】	【保険者番号】		
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行・信用金庫・農協		支店
	預 金 種 別	普通 ・ 当座	口座番号	
	口 座 名 義 人 (申請者と同一)			
必ず添付する書類	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療医療機関受診等証明書 (保険薬局で投薬を受けた方は、薬局からの証明書も必要です)			
個人情報の確認に対する同意	本申請の審査に必要な範囲で、戸籍、住所および所得等の確認をすることに		<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません	
上記で同意しない場合または内灘町に住所を有しなかった等により確認できない場合に添付する書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 (6箇月以内のもの) <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 所得証明書 (児童手当法施行令による控除が確認できるもの)			

※ 治療を受けた月の翌月の初日から起算して2年以内に申請してください。

※1: 夫婦の住所を記入する。

※2: 夫婦の住所が異なる場合に記入する。

(住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。)

※3: 助成を申請している最初の診療月の1年前の住所

※4: ※3以降に居住した市町村名