

不妊治療等助成金交付申請書

年 月 日

井手町長様

申請者  
住 所 .....  
氏 名 .....  
電話番号 .....

不妊治療等助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

申請の種類	以下のいずれかにチェックしてください。					
	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療		<input type="checkbox"/> 人工授精		<input type="checkbox"/> 不育治療等	
	<input type="checkbox"/> 先進医療等(保健適用外)					
<input type="checkbox"/> 体外受精		<input type="checkbox"/> 顕微授精		<input type="checkbox"/> 男性不妊治療		
交付申請額	円					
受療者本人	住所	(〒 - )				
	氏名				住民となった日	年 月 日
	加入医療保険	種別	国保・健保 船員・共済 その他	保険者 番号	区分	本人・被扶養者
配偶者	住所	(受療者と異なる場合のみ記載)				
	氏名				住民となった日	年 月 日
過去の助成金 受給の有無	1 有	「有」の場合 過去に助成を 受けた自治体 および助成額	自治体	時 期		助成額(円)
	2 無			年 月		
				年 月		
				年 月		

○ 添付書類

1. 医療機関証明書（別記第2号様式）

※ 保険薬局で投薬を受けた方は、医療機関の証明書とは別に薬局からの証明書を提出してください。

2. 夫婦であることを証明できる書類（戸籍、住民票等）、又は以下の欄に記入

同意欄

本申請の審査に必要な範囲で、住民基本台帳等に関する公簿を閲覧し、調査することに同意します。

氏名

㊟

※事実上婚姻関係にある場合は、事実婚関係に関する申立書が必要になります。