

住田町一般不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

住田町長 様

申請者 住所
氏名

㊟

住田町一般不妊治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

申請額	円		医療機関において受けた要綱に定める不妊治療（特定不妊治療を除く）に係る自己負担額（年度内の上限10万円）			
夫	(ふりがな) 氏名			生年月日	年 月 日生 (歳)	
	加入医療 保険	種別	国民健康保険・組国保・健保・共済・その他()			
		保険者番号			区分	本人・被扶養者
妻	(ふりがな) 氏名			生年月日	年 月 日生 (歳)	
	加入医療 保険	種別	国民健康保険・組国保・健保・共済・その他()			
		保険者番号			区分	本人・被扶養者
住所（申請者）		〒 電話 ()				
夫と妻の住所が異なる場合は、本欄にも記入		〒 電話 ()				
治療した 医療機関	名称					
	所在地	〒 電話 ()				
助成金の 振込み先	金融機関名		支店名			
	口座の種類 普通・当座		口座番号			
	口座名義人（申請者と同じ名義とする。）					
過去の状況	過去に一般不妊治療の助成を受けたことがありますか。 ない・ある→過去、()回受けた。 年 月頃 助成を受けた市町村名 ()					

備考 添付書類

- (1) 住田町一般不妊治療費助成事業受診等証明書
- (2) 申請しようとする治療に係る医療機関の発行した領収書の写し
- (3) 法律上の婚姻をしている夫婦であることが証明できる書類
- (4) 夫及び妻の住民票
- (5) 夫及び妻の前年(1月から5月までの間に申請する場合は、前々年)の所得額を証明する書類

◎申請の際に、印鑑と健康保険証をお持ちください。