

宝達志水町不妊治療費助成申請書

年 月 日

宝達志水町長 様

申請者名 _____
 (口座名義人と同一)
 住 所 〒 _____
 宝達志水町 _____
 電話番号 _____

- 1 関係書類を添えて次のとおり、不妊治療費の助成を申請します。
 なお、この申請の審査に必要な範囲で、所得調査等の確認を行うことに同意します。
- 2 この申請に係る治療に対し、他の自治体の助成を受けません。

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	
夫	()	年 月 日	(歳)
妻	()	年 月 日	(歳)
住所(夫婦で異なる場合に記入)	(夫・妻)〒 _____ (電話 _____)		
この申請の診療期間	年 月 日から 年 月 日まで		
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協 店	
	預金種別	普通・当座	口座番号:
	口座名義人 (申請者と同一)		
加入医療保険		夫	妻
	保険者名称		
	保険者番号		
	記号番号		
内訳	被保険者名		
	a 助成対象治療に要した本人負担額	_____ 円	
	b 付加給付額	_____ 円	
	c 自己負担額(a - b)	_____ 円	
	※町への申請回数(年度単位)	1回目・2回目・3回目 (今回該当する回数に○を付ける)	
請求金額	_____ 円 ※1回につき上限25,000円		

《添付書類》

- 1 宝達志水町不妊治療費支援事業受診等証明書(様式第2号)
- 2 付加給付の支給がある場合は支給額内容の分かるもの
- 3 事実婚関係にある場合は、事実婚関係に関する申立書及びそれぞれの戸籍謄本
- 4 夫婦の一方が宝達志水町民でない場合は、町民でない者の住民票