

一般不妊治療費助成交付申請書

年 月 日

(あて先) 川北町長

- 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。なお、本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 本申請に係る治療に対し、他の市町及び県の助成を受けません。

申請者氏名 _____ 印 (夫又は妻が自署又は記名押印)
(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
(本人負担額の1/2。ただし1年上限5万円)

注) 太枠の中をご記入下さい。

	氏 名 (ふりがな)	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)			

※ 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

《添付書類》

- 1 一般不妊治療医療機関受診等証明書 (様式第2号)
(保険薬局で投薬を受けた方は、薬局からの証明書と合わせて提出してください。)
- 2 戸籍上の夫婦であることを証明する書類
(戸籍謄本: 6箇月以内のもの)
- 3 夫婦の前年の所得 (前年の所得が確定するまでの間は前々年の所得) を証明する書類 (所得証明書)
- 4 住民票など住所を確認できる書類 (住民票)