

様式第1号(第6関係)

矢巾町一般不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

矢巾町長

様

申請者 住所

氏名

印

矢巾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。なお、助成金支払事務にあたり、矢巾町が住民基本台帳及び夫婦の所得状況を確認すること、また、領収書の内容を医療機関に確認することについて同意します。

申請額	円	1年度に医療機関において受けた医療保険各法に基づく保険給付が適用されない一般不妊治療に要した額の2分の1と10万円を比較して少ないほうの額(1円未満切捨て)					
夫	(ふりがな) 氏名				生年月日	年 月 日 ( 歳)	
	個人番号						
	加入医療 保険	種別	国民健康保険・組回国保・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 ( 歳)	
	個人番号						
	加入医療 保険	種別	国民健康保険・組回国保・健保・共済・その他( )			保険者番号	区分 本人・被扶養者
住所		〒 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 矢巾町・その他( )						

備考 添付書類

- (1) 矢巾町一般不妊治療費助成事業受診等証明書
- (2) 申請しようとする一般不妊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。