

別記様式第1号（第4条関係）

市貝町不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

市貝町長 様

申請者住所

氏名 ㊟

(電話番号)

関係書類を添えて、不妊治療費の助成を申請します。

治療名			
治療を受けた夫婦の氏名	生年月日	住民となった年月日	加入保険者名
夫	年 月 日	年 月 日	
妻	年 月 日	年 月 日	
婚姻年月日	年 月 日		
医療機関名			
治療期間	年 月 日～ 年 月 日		
保険診療適用外治療費	円		
国・県からの助成の有無	有 ・ 無（どちらかに○）		金額 円
医療保険等からの 助成の有無	有 ・ 無（どちらかに○）		金額 円
助成交付申請額	円		
振込希望口座	銀行	支店	
	金庫	支店	
	農協	支所	
	(カタカナ) _____		
	口座名義人 (漢字) _____		
	普通・当座 (どちらかに○) 口座番号 _____		

※ 添付書類

- ① 市貝町不妊治療費助成事業受診等証明書
- ② 不妊治療費の領収書（コピー可）
- ③ 戸籍謄本又は外国人登録原票記載事項証明書
- ④ 世帯全員の住民票（本籍・続柄の記載されたもの）
- ⑤ 申請日現在の納税証明書
- ⑥ 他に助成金等の受給があるときは、その交付決定通知書等（コピー可）
- ⑦ 健康保険証の写し