

様式第1号（第5条関係）

久万高原町特定不妊治療費助成金交付申請書兼同意書

年 月 日

久万高原町長 様

申請者氏名

久万高原町特定不妊治療費助成事業実施要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

	夫		妻	
(ふりがな) 氏名				
生年月日	年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)	
住 所	〒		〒	
連 絡 先	( ) (携帯電話・自宅電話・その他: )		( ) (携帯電話・自宅電話・その他: )	
加入医療保険	国保 健保 船員 共済 その他		国保 健保 船員 共済 その他	
申 請 額	_____ 円			
過去に自治体から受けた特定不妊治療費の助成	<input type="checkbox"/> 不妊治療費の助成を受けたことはない			
	年 度	年 度	年 度	年 度
	自治体名			
	回 数	回	回	回
同 意 書	特定不妊治療費助成事業申請に係る審査にあたり、住民基本台帳情報等の閲覧を行うことに同意いたします。  氏名 夫  妻			

(注) 太枠の中を記入してください。

(添付書類)

- 久万高原町特定不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）  
(院外処方がある場合は、医療機関と薬局それぞれの証明書)
- 法律婚にあつては法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類。事実婚にあつては事実婚関係を証明する書類。
- 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書又はその写し

(裏 面)

(町記載欄)

申請受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
受給者番号		審査結果	承認・不承認
算 定 額	費用額(A)		円
	医療保険者給付金額(B)		円
	国、県制度等による給付金額(C)		円
	助成金対象額(A-B-C)		円
	助成金額		円
審査	○住民票 適 ・ 不適 (定住日： 年 月 日)		