

鷹 栖 町 不 妊 治 療 費 助 成 事 業 申 請 書

令和 年 月 日

鷹 栖 町 長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

印

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。

記

対 象 者	夫氏名	(フリガナ)	夫の生年月日 年 月 日生(歳)			
	妻氏名	(フリガナ)	妻の生年月日 年 月 日生(歳)			
	住 所 (下の欄は、夫婦の 住所が異なる場合 に記入して下さい)	〒 —	電話 ()			
		〒 —	電話 ()			
	加入医療保険 (夫)	【種別】町国保・組国保・健保・共済・その他() 【保険者番号】() 【区分】本人・被扶養者				
加入医療保険 (妻)	【種別】町国保・組国保・健保・共済・その他() 【保険者番号】() 【区分】本人・被扶養者					
過 去 の 助 成 状 況	時 期	助成の機関名 (自治体名等)	年 月	年 月	年 月	
	年 月		年 月	年 月	年 月	
	年 月		年 月	年 月	年 月	
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店	預金 種別	普通 当座	
	口座番号	(フリガナ) 口座名義人	()			
申 請 額	(男性不妊治療分除く)	金	円			
	(男性不妊治療分)	金	円			
	申請額 合計	金	円			
同 意 書						
◆私たちは、鷹栖町不妊治療費助成金の交付要件の確認のため、鷹栖町長が住民基本台帳を閲覧及び調査することに同意します。						
年 月 日						
氏名 夫		印		妻 印		

注)太枠の中をご記入ください。振込先は、申請者名義の口座としてください。

◎裏面には、「申請に必要なもの」の記載がありますので、必ずお読みください。

※鷹栖町記入欄

処 理 欄	申請受理年月日			(承認・不承認) 決定年月日		
	受給者番号					
	参事	補佐・主幹	係長・主査	係		

<申請に必要なもの>

- 1 鷹栖町不妊治療費助成事業申請書（様式第1号）
- 2 鷹栖町一般不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）または、鷹栖町特定不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第3号）
- 3 不妊治療費等に要した費用の領収書及び診療明細書
- 4 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（住民基本台帳で確認ができる場合は不要）
- 5 事実婚関係に関する申立書
- 6 健康保険証（夫婦ともに提示してください）
- 7 印鑑（申請者に押印したもの）
- 8 町税等納付状況調査同意書（鷹栖町町税等の滞納者に対する行政サービスの制限措置に関する条例施行規則別記様式第1号）
- 9 高額療養費の支給を受けている証明書（限度額認定証等）
- 10 医療保険各法の規定による療養の給付が行われた者は、通知書の写し

※郵送の方は、健康保険証（夫婦2人分）の写しを同封してください。