

様式第1号（第6条関係）

滝上町不妊治療費助成申請書

年 月 日

滝上町長

様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

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

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	
夫	()	年 月 日生 (歳)	
妻	()	年 月 日生 (歳)	
住所	〒 電話		
住所 <small>※単身赴任等のため夫婦で住所が異なる場合に記載</small>	〒 電話		
過去の不妊治療費助成金交付状況	・なし ・あり (回) 助成を受けた自治体 ()	過去に交付を受けた日	3回目 年 月 日
		1回目 年 月 日	4回目 年 月 日
		2回目 年 月 日	5回目 年 月 日
保険適用外の医療	あり (治療内容) ・ なし		
申請金額 (保険診療分)	金	円	
申請金額 (保険適用外分)	金	円	
申請金額 (交通費分)	金	円	
申請金額 合 計	金	円	
振込先金融機関の名称及び口座番号等			
振込先金融機関の名称	口座番号	口座名義	
銀行 本店	普通	ふりがな ()	
金庫 支店			
農協 出張所	当座		
同 意 書			
私たちは、滝上町不妊治療費助成金の交付要件の確認のため、町長が住民基本台帳及び町税等に関する公簿を閲覧し、及び調査すること、また受療した不妊治療内容について町長が医療機関へ照会することに同意します。			
年 月 日			
氏名 夫 _____ 妻 _____			

添付書類

- 不妊治療受診等証明書（様式第2号）
- 住民票謄本（夫婦別世帯の場合は夫及び妻の住民票抄本（記載事項（個人番号を除く。）の省略をしていないもの）（発行日から3ヶ月以内のもの））
- 不妊治療を受けた医療機関（当該医療機関が処方した不妊治療のための処方薬に係る調剤薬局を含む）が発行した不妊治療に係る領収書及び診療明細書
- その他対象者等の確認に必要な書類