

## 浦河町不妊治療費助成事業申請書

令和 年 月 日

浦河町長 様

申請者 住所  
氏名 印  
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

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 <small>下の欄は、夫婦の住所が異なる場合に記入して下さい</small>	〒 —	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  無・有( 回)		都道府県及 び自治体名	時 期			
	一般不妊治療		年 月	年 月	年 月	年 月
	特定不妊治療		年 月	年 月	年 月	年 月
			年 月	年 月	年 月	年 月
男性不妊治療		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	金	円				
誓約・同意事項						
◆私たちは、浦河町不妊治療費助成金交付要綱に規定する交付要件に該当することを誓約します。また、交付要件の確認のため、浦河町長が住民基本台帳及び戸籍・町税等に関する公簿を閲覧し、及び調査することに同意します。(印鑑は申請者欄に押印したものと同一でお願いします。)						
令和 年 月 日						
氏名 夫 印 妻 印						

注)太枠の中をご記入ください。

## ※浦河町記入欄

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号			

◎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。

<申請に必要なもの>

- 1 浦河町不妊治療費助成事業申請書（様式第1号）
- 2 浦河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、浦河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（原本）
- 4 健康保険証（夫婦ともに提示してください）※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。
- 5 印鑑（申請書に押印したもの）
- 6 戸籍謄本（夫婦が同一住所でも世帯分離している場合であって、本籍が町外にある方）※治療終了後に発行されたもの
- 7 住民票謄本（日本国籍を有しない場合のみ）※治療終了後に発行されたもの