

年 月 日

深浦町不妊治療費助成金交付申請書

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（一般不妊治療・生殖補助医療）の助成を申請します。

申請に当たり助成金交付の審査のために必要な次の事項について同意します。

- 医療機関に対する治療内容等の確認・照会
- 税情報及び住民基本台帳の調査・閲覧
- その他、助成の交付要件確認のため、必要な情報についての調査

		申請者	配偶者	
ふりがな 氏 名				
生年月日		年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	
住 所		〒 電話	〒 電話	
今回の治療にかかった自己負担額			円	
自己負担限度額			円	
付加給付金額 <small>*制度なしの場合は「なし」と記入</small>			円	
振 込 先	金融機関名			支店
	口座種別	1 普通 2 当座	口座番号	口座名義人 (フリガナ)

※事務処理欄

受理年月日	決定・不交付年月日	決定金額	受給者番号
年 月 日	年 月 日	円	

裏面へ

1 添付書類

- (1) 深浦町不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）
- (2) 不妊治療に係る領収書と診療明細書の原本
- (3) 事実婚の夫婦の場合
 - ア 二人の戸籍謄本
 - イ 事実婚関係に関する申立書（様式第2号の2）
- (4) 振込先通帳の写し
- (5) その他町長が必要と認める書類

2 期限内に申請できなかった理由

医療費を支払った日の属する年度内に申請できなかった場合は、その理由について以下に記載してください。

(理由記入欄)