

設楽町不妊治療費等助成事業申請書(一般不妊治療用)

年 月 日

設楽町長 殿

申請者

住 所

氏 名

(口座名義人と同一)

電話番号

()

印

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費(一般不妊治療)の助成を申請します。

記

対 象 者		(ふりがな) 氏 名 (自署又は記名押印)	生 年 月 日	
	夫	()	昭和 平成 年 月 日生(歳)	
	妻	()	昭和 平成 年 月 日生(歳)	
	住所(※1)	〒 - 電話 ()		
	住所(※2)	〒 - 電話 ()		
	加入医療保険 (夫)	【種別】市町村国保・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】市町村国保・組国保・健保・共済・その他() 【保険者番号】() 【区分】本人・被扶養者		
振 込 先	金融機関	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所		
	預 金 種 別	普通	(ふりがな)	()
		当座	口座名義人 (申請人と同一)	
口座番号			(左詰記入)	
不妊治療に要した額	金	円		
高額療養費等助成額	金	円		
申 請 額	金	円	1年度上限15万円)	

申請受理年月日		(承認・不承認) 決 定 年 月 日	
受 給 者 番 号			

注) 太枠の中をご記入下さい。

※1: 夫婦の住所を記入する。

※2: 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入する。

(添付書類) 1. 一般不妊治療費助成事業受診等証明書、領収書

2. 法律上の婚姻をしている夫婦であることまたは、事実婚関係であることを証明できる書類

3. 住所地を証明する書類

◎申請の際に、印鑑と健康保険証をお持ちください。