

一般不妊治療等助成金交付申請書

令和 年 月 日

山都町長 様

申請者 (受療者)	住 所	電話番号	() —
	山都町	氏 名	

不妊治療等助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

交付申請額	円	申請の種類	以下のいずれかにチェックをしてください。 ☐ 一般不妊治療 (☐ 不妊検査 ☐ タイミング法 ☐ 人工授精)
-------	---	-------	---

受療者本人	本申請により助成金の支給を受けるために、審査に必要な範囲で、夫婦の住民登録状況を調査すること及び住民基本台帳を閲覧することに同意します。										
	住所1	〒								住民日	年 月 日
		<マンション名など>									
	住所2 ※夫婦の住所が異なる場合	〒								住民日	年 月 日
		<マンション名など>									
	氏 名					配偶者氏名					
加入医療保険	☐ 国保 ☐ 健保 ☐ 船員 ☐ 共済 ☐ その他				保険者番号				区 分		
									☐ 本人 ☐ 被扶養者		
過去の助成金 受給の有無	☐ 有 ☐ 無	「有」の場合過去に助成を受けた自治体及び助成額	自治体名		時 期				助成額(円)		
					年 月 日						
					年 月 日						

※これより下の欄は、山都町で使用しますので、記入しないでください。

要件確認	宛名番号								受療年度	申請の種類	同一年度の申請	助成決定額	確認者
										一般 ・ 不育	有 ・ 無	円	

	税務住民	建設	環境水道	国保年金	介護保険	福祉
照合欄						

【添付書類】

(1) 一般不妊治療に係る医療機関の領収書

(2) 医療機関証明書 (様式第2号)

保険薬局で投薬を受けた方は、薬局からの証明書(様式第3号)も合わせて提出してください。

(3) 法律上婚姻している夫婦の場合、住民票。戸籍謄本など

(4) 事実婚の夫婦の場合は、住民票、事実婚についての申立書 (様式第4号)

【医療機関の証明書等報告内容を熊本県へ報告を行うことに関する説明書】

この助成金は、一部、熊本県からの補助金の交付を受け実施しているため、事業運営に関して必要な事項を熊本県に対し報告します。なお、情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。