

こうのとりさん応援事業交付申請書

令和 年 月 日

山都町長 様

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。

フリガナ 申請者氏名			生年月日	年 月 日 (歳)	
申請者住所 連絡先	山都町 電話番号:				
フリガナ 配偶者氏名			生年月日	年 月 日 (歳)	
今回の治療年月日	年 月 日 ~ 年 月 日 ※今回申請する治療期間を記入してください				
治療の内容	※今回申請する治療の内容に該当するものに☑を入れてください。 □一般不妊治療(□不妊検査 □タイミング法 □人工授精) □生殖補助医療(□体外受精 □顕微授精 □男性不妊治療)				
加入医療保険	□国保 □健保 □共済 □その他		被保険者番号		区 分
					□本人 □被扶養者
過去の助成金の有無	□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
				年 月	
				年 月	
同 意 書					
こうのとりさん応援事業実施要綱第4条に基づき、住民基本台帳、住民票及び同一世帯員の町税等の滞納状況について関係各課に調査・確認することに同意します。なお、必要な場合は医療機関等へ照会することに同意します。					
申請者氏名(自署) _____					

(注意)・太枠の中をご記入ください。
・治療を受けた最終日から10ヶ月以内に提出してください。

※こ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							治療の内容	過去の助成	助成決定額	確認者
								□一般 □生殖補助 □男性不妊	有 無		