

こ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。 <input type="checkbox"/> 一般不妊治療( <input type="checkbox"/> 不妊検査 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 ) <input type="checkbox"/> 生殖補助医療( <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 ) <input type="checkbox"/> 先進医療 (治療・検査名 )				
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他		被保険者番号	区 分	
				<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
過去の助成金の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	
<b>同 意 書</b>					
こ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
								<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 生殖補助 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 男性不妊	有 無		