

大月町不妊治療費助成金交付申請書

大月町長 様 年 月 日

申請者 住 所
氏 名
電話番号

大月町不妊治療費助成金交付要綱第9条第1項にの規定により、関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成金を申請します。

また、この申請の審査に係る関係機関への紹介及び情報提供に同意します。

記

助 成 年 度		年 度			
助 成 事 業		☐ 一般不妊治療（ 年目/5年）		☐ 特定不妊治療（ 回目/6回）	
夫	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）	
	住所		電話番号		
妻	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）	
	住所		電話番号		
申請金額		円			
他市町村等による 助成金等の有無		☐ 有	(有の場合、その内容)		
		☐ 無			
振 込 先	金融機関	銀行・金庫 ・農協		店 出張所	普通 当座
	口座番号			口座名義人 (カナ)	
添付書類		(1)大月町不妊治療費助成金医療機関受診証明書（別記様式第2号） (2)不妊治療に要した経費の領収書医療保険被保険者証、限度額認定証等の写し (3)婚姻関係の確認できるもの（町で確認できない場合、事実婚の場合） (4)医療保険被保険者証、限度額認定証等の写し (5)医療保険給付金、県特定不妊治療助成金、他市町村助成金の額が確認できる書類 (6)その他町長が必要と認める書類			

※ 町確認欄

受 理 日		年 月 日		決 定 年 月 日		年 月 日	
受給者番号				住民となった年月日		年 月 日	
算 定 額	経費合計(領収額) A			円	保険給付金、県助成額 B		
	助成対象額 A-B			円	暫定助成額 C		
	他市町村助成額 D			円	決定助成額 C-D		