別　記

　第１号様式（第５条関係）

**大多喜町不妊等治療費助成金交付申請書**

　　年　　月　　日

　　　大多喜町長　　平林　昇　　様

申請者　住　　所　大多喜町

　　　　氏　　名

　　　　電話番号

　不妊等治療費助成金の交付を受けたいので、大多喜町不妊等治療費助成事業実施要綱第５条の規定に　より申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 治療の種類 | | | * 不妊治療　　　□不育治療 | | | | |
| 夫 | ﾌﾘｶﾞﾅ：  氏 名： | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日(　　歳) |
| 住 所：〒　　　－ | | | | | | |
| 【加入医療保険】保険者名  被保険者名　　　　　　　　　　　　記号・番号　　　　　－ | | | | | | |
| 妻 | ﾌﾘｶﾞﾅ：  氏 名： | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日(　　歳) |
| 住 所：〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※夫婦の住所が異なる場合のみ記入 | | | | | | |
| 【加入医療保険】保険者名称  被保険者名　　　　　　　　　　　　記号・番号　　　　　－ | | | | | | |
| 申請者の１年前の住所 | | | | 〒　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　※上記と異なる場合のみ記入 | | | |
| 申告事項 | | □　夫婦の双方又は一方が大多喜町に住所を有しており、当該申請は住民となった日以後の治療行為についてのものです。 | | | | | |
| 振 込 先 | 金　融　機　関　名 | | | 銀行・信金・農協　　　　　　　　本店(所)・支店(所) | | | |
| 預金種類・口座番号 | | | 普通・当座 | 口座番号 | |  |
| 口　座　名　義　人 | | | ※申請者の口座に限ります。 | | | |
| 不妊等治療費自己負担額 | | | | 円　(A)　医療機関への本人支払額 | | | |
| その他付加給付額 | | | | 円　(B) | | | |
| 自 己 負 担 額 合 計 | | | | 円　(C)　＝(A)－(B) | | | |
| 当年度内の助成金合計 | | | | 円 | | | |
| 助 成 金 申 請 額 | | | | 円 | | | |
| 添 付 書 類 | | | | □　大多喜町不妊等治療受診証明書（別記第２号様式）  □　健康保険証の写し  □　戸籍上の夫婦である場合：６か月以内の戸籍謄本  　　事実婚である場合：６か月以内の戸籍謄本及び事実婚関係に関する  申立書(別記第３号様式)  □　住民票等住所を確認できる書類  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 個人情報の確認に対する同意 | | | | □　本申請の審査に必要な範囲で町職員が上記等に係る個人情報の確認を行うことに同意します。  申請者氏名 | | | |