

巨理町不妊治療費助成事業申請書

不妊治療

関係書類を添えて次のとおり不妊治療費の助成を申請します。

また、巨理町が本申請の審査に関して関係機関に照会することに同意します。

申請者	ふりがな			昭和・平成	年	月	日生
	氏名	(夫・妻)		(歳)
	現住所	〒() 電話 ()					
配偶者	ふりがな			昭和・平成	年	月	日生
	氏名	(夫・妻)		(歳)
	現住所 ※申請者と異なる 場合のみ記入	〒() 電話 ()					
過去の助成歴等	巨理町が実施しているこの事業の助成を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある (回目) <input type="checkbox"/> ない						
申請額	金 円 (助成上限額50,000円)						
巨理町長 殿 令和 年 月 日 申請者氏名(自署) _____ (口座名義人と同じ)							
振込先	金融機関名 ※申請者の口座 を記入	銀行・金庫 組合・農協 ()		本・支店名		本店 支店 出張所	
	預金種別	普通・当座		フリガナ			
	口座番号			口座名義人(申請者)		(右詰め記入)	
確認項目	該当する内容の□にレ点を記入してください。 1 婚姻関係 <input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚 (事実婚申立書が必要です。) 2 確認項目(該当しない場合は助成の対象となりません) <input type="checkbox"/> 今回申請する治療費用について、他の地方公共団体からの助成を受けていない						

【添付書類・チェックリスト】

No	申請書類	☑
1	巨理町不妊治療助成事業に係る受診等証明書(様式第2号) ※夫婦が同じ医療機関を受診した場合は夫婦両方の受診等証明書を1枚に記載。 ※夫婦が別々の医療機関を受診した場合は妻の受診証明書のみで可	<input type="checkbox"/>
2	助成対象となる治療費の領収書及び明細書 原本 ※こちらでコピー後返却します。	<input type="checkbox"/>
3	住民票(町外の方のみ。申請日から3か月以内に発行されたもの、続柄が省略されていないもの、個人番号(マイナンバー)の記載のないもの)(コピー不可)	<input type="checkbox"/>
4	振込先の口座番号がわかる通帳またはカード(コピー提出)	<input type="checkbox"/>
5	事実婚の場合は事実婚申立書	<input type="checkbox"/>

申請書類に不備や不足がある場合は、受付できないことがありますのでご注意ください。

※必ず裏面もご確認ください。(記入に係る注意事項について記載しています。)

【注意事項】

※1 「申請額」の欄には、受診等証明書(様式第2号)の「今回の治療に係る領収金額」と助成金上限額(50,000円)を比較し低い額を記入してください。

ただし、夫婦が別の医療機関を受診した場合は、妻の受診等証明書(様式第2号)の「今回の治療に係る領収金額」と夫が受けた治療の領収書の金額の合算額と、助成金上限額(50,000円)を比較し、低い額を記入してください。

夫婦両方の治療費用を申請する場合も、本申請書は1枚に記入してください。

※2 助成事業承認決定(不承認決定)通知書は、申請者の住所地に郵送します。

【申請書の提出先】

亶理町健康推進課 健康推進班 窓口

【問合せ先】

亶理町健康推進課 健康推進班 0223-34-0524