

様式第1号（第5条第1項関係）

肝付町不妊治療費助成金助成事業申請書

年 月 日

肝付町長 様

申請者 住所 肝付町 _____
氏名 _____

肝付町不妊治療費助成金助成事業実施要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

(フリガナ) 氏名	夫		妻	
生年月日		年 月 日生 (歳)		年 月 日生 (歳)
住所	〒 肝付町		電話番号	
住所 (夫婦で異なる 場合)	〒		電話番号	
過去の助成実績	本町で助成を受けた回数 ※令和4年度以降 (回)			
加入健康保険 (夫)	(保険者名称) (保険者番号) (記号・番号) (被保険者名)			
加入健康保険 (妻)	(保険者名称) (保険者番号) (記号・番号) (被保険者名)			
交付を受けようとする助成金の額 (申請額)			円	

- (添付書類)
- 不妊治療費助成事業受診等証明書 (診断書など)
 - 法律上の婚姻をしている夫婦
 - 住民票謄本 (続柄の記載のあるもの)・・・夫婦同一世帯のとき。
 - 夫及び妻の住民票抄本と戸籍謄本・・・夫婦別世帯のとき。
 - 事実婚の夫婦
 - 夫及び妻の住民票抄本と戸籍謄本
 - 事実婚関係に関する申立書
 - 町県民税や国保税等の納付証明等・・・税務課で発行
 - 治療に要した領収書の写し・高額療養費支給決定通知書 (限度額適用認定証)
 - 保険証・通帳の写し

申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
受給者番号			