

鹿部町不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

鹿部町長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

㊞

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。

記

対象者	夫氏名	(フリガナ)	夫の生年月日			
			年	月	日生(歳)	
	妻氏名	(フリガナ)	妻の生年月日			
			年	月	日生(歳)	
	住所	〒 —	茅部郡鹿部町字			
※下の欄は夫婦の住所が異なる場合に記入	〒 —					電話 ()
加入医療保険(夫)	【種別】町国保・組国保・健保・共済・その他 ()					
	【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者					
加入医療保険(妻)	【種別】町国保・組国保・健保・共済・その他 ()					
	【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者					
過去の助成状況 無・有(回)	時期	自治体名	年 月		年 月	
	年 月		年 月		年 月	
	年 月		年 月		年 月	
振込先	金融機関名	銀行・信組		本・支店		当座・普通
		信金・農協		本・支所		
	(フリガナ)	口座番号				
	口座名義人					
申請額	一金		円也			
同意書						
私たちは、鹿部町不妊治療費助成金の交付要件の確認のため、鹿部町長が住民基本台帳及び町税等に関する公簿を閲覧し、及び調査することに同意します。 年 月 日 氏名 夫 ㊞ 妻 ㊞						

注) 太枠の中をご記入ください。振込先は、申請者名義の口座として下さい。

※鹿部町記入欄

申請受理年月日		(承認・不承認)	
		決定年月日	
受給者番号			

◎裏面には、「申請に必要なもの」の記載がありますので、必ずお読みください。

〈裏面〉

〈申請に必要なもの〉

- 1 鹿部町不妊治療費助成事業申請書（様式第1号）
- 2 鹿部町一般不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）または、鹿部町特定不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第3号）
- 3 不妊治療費等に要した費用の領収書
- 4 健康保険証（夫婦ともに提示してください）
- 5 印鑑（申請書に押印したもの）

※郵送の方は、健康保険証（夫婦2人分）の写しを同封してください。