

別記  
様式第1号(第4条関係)

御宿町不妊治療費等助成金交付申請書

年 月 日

御宿町長宛

申 請 者 住 所  
(助成対象者) 氏 名

生年月日 年 月 日  
電話番号

不妊治療等助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。  
本申請に当たり、御宿町が夫婦の町税等納付状況や住民登録状況を調査すること及び住民基本台帳を閲覧することに同意します。

治療の種類	<input type="checkbox"/> 不妊治療 <input type="checkbox"/> 不育治療等		
医療機関等名称	※複数ある場合は、その全てを記載		
交付金申請額			
助成対象者の 加入医療保険	保険者番号	保険者	本人家族の別
配偶者	氏名	生年月日	
	住所	※住所が 別の場合 その理由	
加入 保険	保険者番号	保険者	本人家族の別
婚姻の状況  1~3の いずれかに○	1 入籍している      2 入籍を予定している( 年 月頃) 3 入籍していない(3の場合にその理由を下欄に記載してください。)		

添付書類

- 夫婦それぞれの身分を証明できるもの  
(写真付きのもの又は複数であってそれぞれ別の公的機関が発行する証明書等)
  - 治療を受けた者及びその配偶者の加入医療保険資格等を確認できるもの
  - 医療機関等での診療明細書等の治療内容及び支払金額を証明できるもの
  - 高額療養費等その他の給付内容を証明できるもの
  - 振込先の銀行名や口座名義人等の詳細を確認できるもの
- ※ 振込先口座が助成対象者でない場合に□委任状(任意のもの)を添付すること。