

様式第1号（第4条関係）

鬼北町不妊治療助成金交付申請書

令和 年 月 日

鬼北町長 様

申請者氏名 妻 \_\_\_\_\_  
夫 \_\_\_\_\_

鬼北町不妊治療助成金交付要綱第4条の規定により、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。

	妻		夫						
(ふりがな) 氏名									
生年月日	年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)						
加入医療保険	町国保 組国保 健保 共済 その他		町国保 組国保 健保 共済 その他						
鬼北町民になった日	年 月 日		年 月 日						
住 所	〒 _____ 電話 ( ) _____								
住 所 (夫と妻の住所が異なる場合に記入)	〒 _____ 電話 ( ) _____								
助成申請額	_____ 円								
過去の助成金受給の有無 (鬼北町での助成を含む。)	有・無	助成年度	年度	年度	年度	年度	年度	年度	
		助成を受けた 不妊治療	<input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 一般
		自治体名							
申請受理年月日	年 月 日		決 定 年 月 日		年 月 日				
受 給 者 番 号			審 査 結 果		承認 ・ 不承認				

備考 太枠の中をご記入ください。

添付書類

- 1 鬼北町不妊治療助成事業受診等証明書（様式第2号）、調剤証明書（様式第3号）
  - 2 医療機関発行の診療費等の領収書
  - 3 町税等の滞納がない旨の申出書及び同意書（様式第5号）
  - 4 愛媛県特定不妊治療費助成事業受診等証明書又はその写し※
  - 5 特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し（愛媛県発行のもの）※
- ※4及び5は、愛媛県特定不妊治療費助成事業を受けている者

(町記載欄)

算 定 額	費用額(A)	円
	県助成金額(B)	円
	医療保険者等助成額 (C)	円
	助成金対象額(A-B-C)	円
	助成金額	円
審 査	○住民票 適・不適 ( 定住日 : 年 月 日 ) ○町税等の滞納 適・不適 ( )	