

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 _____

		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 合 国 保 健 保 共 済 その他				町国保 組 合 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	年度	
			助成を受け た 不妊治療	☐ 特定 ☐ 一般	☐ 特定 ☐ 一般	☐ 特定 ☐ 一般	☐ 特定 ☐ 一般	☐ 特定 ☐ 一般	☐ 特定 ☐ 一般	☐ 特定 ☐ 一般	☐ 特定 ☐ 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			

- 1 鬼北町不妊治療助成事業受診等証明書（様式第2号）、鬼北町不妊治療助成事業調剤証明書（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 夫婦両人の医療保険各法における被保険者又は被扶養者であることを証する書類
- 5 限度額認定証等の写し

(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 ()	