

様式第1号(第4条関係)

鬼北町不妊治療費助成金交付申請書

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 組合同国保 健保 共済 その他		町国保 組合同国保 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	☐ 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				

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(先進医療及び特定)費助成事業受診等証明書(様式第2号)又は鬼北町不妊治療(妊娠前検査及び一般)費助成事業受診等証明書(様式第3号)のいずれか及び必要に応じて鬼北町不妊治療費助成事業調剤証明書(様式第4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(様式第6号)

(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()	