

年 月 日

美郷町長 様

申請者 住所

氏名

印

電話番号 () ー

不育症治療費等助成申請書兼請求書

美郷町不育症治療費等助成要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

区 分	ふ り が な 氏 名	生 年 月 日
夫		年 月 日
妻		年 月 日
住所	〒	電話() ー
住所(※1)	〒	電話() ー
加入保険(夫)	【種別】国保・健保・船員・共済・その他() 【番号】	
加入保険(妻)	【種別】国保・健保・船員・共済・その他() 【番号】	
自己負担金合計		円
助 成 金 額		円

同意書

不育症治療費等助成決定のため、私と配偶者の住民基本台帳について、確認することを同意します。

申請者

印

1 注意事項

- (1) 太枠内を記入してください。
- (2) 「※1」は、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合に記入してください。
- (3) 戸籍の全部事項証明書又は個人事項証明書外国人登録原票記載事項証明書が必要となる場合があります。

2 添付書類

(*担当課で記入)

(1) 不育症治療証明書

*自己の都合により複数の医療機関を受診する場合には、それぞれの医療機関の医師の証明書が必要です。

(2) 不育症治療等に要した費用の領収書(原本)及び明細書

(3) 戸籍抄本その他の婚姻関係を証明できる書類(夫及び妻が同一世帯に属さない場合に限る。)

(4) 夫婦それぞれの戸籍謄本と事実婚関係に関する申立書(事実婚の場合に限る。)

(5) 保険証等加入している医療保険情報の分かる物の写し【①、②、③のうちいずれか1つ、夫婦それぞれのもの】

① 保険証

② 加入する医療保険から交付された「資格情報のお知らせ」若しくは「資格確認書」

③ マイナポータルからアクセスできる医療保険の「資格情報画面」(あらかじめマイナポータルからダウンロードした医療保険の資格情報のPDFファイルを表示した画面を含む)。

受理年月日	住民基本台帳確認欄
年 月 日	年 月 日

指 定 口 座 番 号 届

金融機関名	銀行・金庫・農協						
同 店 舗 名	本店・本所・支店・支所・出張所・代理店						
現 金 種 目	1 普通 2 当座 3 その他()						
口 座 番 号							
口座名義人	ふりがな						

不育症治療費等助成金について、上記口座へ振り込みを依頼します。