

不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

愛南町長 様

愛南町不妊治療費助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり不育症治療費の助成を申請します。

	夫		妻	
(ふりがな) 氏 名	( )		( )	
生年月日	年 月 (日生 歳)		年 月 (日生 歳)	
住 所(夫)	〒			
住 所(妻)	□夫に同じ			
これまでの 申請の有無	有 ・ 無 有の場合(助成を受けた回数： 回)			
領収書合計額	円	申請額	円	
通院に要する経 費	医療機関		名称：	
			所在地：	
	助成額		円(内訳： 回× 円)	
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	
受給者番号				

添付書類

- (1) 不育症治療費助成事業受診等証明書(様式第6号)
- (2) 不育症治療費助成事業調剤証明書(様式第7号)
- (3) 次に掲げる夫婦の場合は、それぞれに規定する書類  
ア 夫婦(事実婚を除く。)のうちどちらか一方が町外に住所がある場合 戸籍謄本  
イ 事実婚の場合 二人の戸籍謄本及び事実婚に関する申立書(様式第4号)
- (4) 不育症検査治療に要した費用の領収書
- (5) 同意書
- (6) 国、県の制度又は医療保険に関する法令等の規定により不育症治療費助成の給付を受けているときは、その内容が確認できる書類
- (7) 通院の日が分かる書類
- (8) その他町長が必要と認める書類