

年 月 日

精華町長 様

申請者

住 所
氏 名
電話番号

不妊治療等助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

申請の種類	以下のいずれかにチェックしてください。						
	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療		<input type="checkbox"/> 人工授精		<input type="checkbox"/> 不育治療等		
	<input type="checkbox"/> 先進医療等(保険適用外)						
<input type="checkbox"/> 体外受精		<input type="checkbox"/> 顕微授精		<input type="checkbox"/> 男性不妊治療			
交付申請額	円						
受療者本人	住 所	(〒 -)					
	氏 名				住民となった日	年 月 日	
	加入医療保険種別	国保・健保 船員・共済 その他	保険者 番号		区分	本人 ・ 被扶養者	
配偶者	住 所	(受療者と異なる場合のみ記載)					
	氏 名				住民となった日	年 月 日	
過去の助成金受給の有無	1 有	「有」の場合過去に助成を受けた自治体および助成額	自治体	時 期		助成額(円)	
	2 無			年 月			
				年 月			
口座振込先	銀行信用金庫		支店出張所		預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座	
	口座番号(右詰で記入)				口座名義(カタカナ)		

※ 口座振込先については、原則として申請者が開設する口座を記入してください。

○ 添付書類

1. 医療機関証明書（別記第2号様式から別記様式第7号まで）

※ 保険薬局で投薬を受けた方は、医療機関の証明書とは別に薬局からの証明書を提出してください。

2. 夫婦であることを証明できる書類（戸籍、住民票、事実婚の場合は事実婚に関する申立書 等）