

様式第1号

安堵町生殖補助医療費等助成金交付申請書兼請求書

安堵町長 様

年 月 日

申請者  
住所  
氏名

関係書類を添えて下記のとおり生殖補助医療費及び先進医療費の助成を申請及び請求します。

対 象 者		(ふりがな) 氏名	生年月日				個人番号					
	夫	( )	年 月 日生( 歳)									
	妻	( )	年 月 日生( 歳)									
	連絡先 (*1)	〒 - 奈良県生駒郡安堵町					電話( )					
	連絡先 (*2)	〒 -					電話( )					
	加入医療 保険 (夫)	【種別】市町村国保・組回国保・健保・共済・その他( ) 【保険名称】( ) 【保険者番号】( ) 【被保険者番号】( ) 【区分】本人・被扶養者										
加入医療 保険 (妻)	【種別】市町村国保・組回国保・健保・共済・その他( ) 【保険名称】( ) 【保険者番号】( ) 【被保険者番号】( ) 【区分】本人・被扶養者											
振 込 先	金融 機関名	銀行 金庫 農協				本店 支店 出張所						
	預金 種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人 (申請者と同一)	( )								
	口座番号										左詰記入	
申請額	金 円											
過去の助成歴	ある 通算( )回 ( 市町村) なし											

注) 太枠の中をご記入ください。

\*1 夫婦の住所を記入する。

\*2 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する。

(添付書類) ただし、③、④、⑥は、様式第2号の同意書により、町で確認できる場合は省略できるものとする。

- ①安堵町生殖補助医療費助成事業受診等証明書(様式第3号)
- ②治療に係る領収書
- ③戸籍謄本
- ④住民票の写し
- ⑤事実婚の場合にあつては、事実婚関係に関する申立書(様式第4号)
- ⑥町税等の納付を証明する書類

※市町村使用欄			
保険適用分 ア	生殖補助医療の内、保険適用の合計 円	(助成対象額) 円	(県補助対象分) 円
保険適用回数超過分 イ	生殖補助医療の内、回数超過の合計 円	(助成対象額) 円	(県補助対象分) 円
先進医療分 ウ	先進医療の合計 円	(助成対象額) 円	(県補助対象分) 円
男性不妊分 エ	男性不妊治療の合計 円	(助成対象額) 円	(県補助対象分) 円
申請受付日	年 月 日	支給決定日	年 月 日
助成額	円	承認・不承認	