

幸田町一般不妊治療費助成事業申請書

令和 年 月 日

（宛先）幸田町長

申請者  
住所  
氏名  
（口座名義人と同一）  
電話番号

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

記

対象者		(ふりがな) 氏名	個人番号										生年月日			
	夫	( )														年 月 日( 歳)
	妻	( )														年 月 日( 歳)
	住所(※1)	〒 —		電話 ( )												
	住所(※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( ) 【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( ) 【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		(本人負担額の1/2で、1年度上限5万円)													

過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去( )回受けた。( )年( )月頃 助成金を受けた自治体は( )市・町・村)
--

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号		補助区分	町単・県補 所得額

注) 太枠の中を御記入ください。

※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等夫婦の住所が異なる場合に記入する。

(添付書類) 1 幸田町一般不妊治療費助成事業受診等証明書

2 申請しようとする治療に係る領収書

3 夫婦であることを証明する書類(事実婚関係にある者にあつては、重ねて婚姻をしていないことを証明する書類及び同一世帯であることを証明する書類並びに事実婚関係に関する申立書)

4 住所地を証明する書類

◎申請の際に、印鑑、健康保険証、個人番号カード等の身元確認書類をお持ちください。