

(別紙)

様式第1号 (第5条関係)

## 丸森町不妊治療費等助成事業申請書

夫の氏名	ふりがな			生年月日	年月日 (歳)		
妻の氏名	ふりがな			生年月日	年月日 (歳)		
夫の住所	〒 電話( )						
妻の住所 (夫と異なるときのみ記入)	〒 電話( )						
過去における 申請の有無	回数	申 請 日	都道府県又は他市町村助成の有無				
	1回目	年月日	無・有				
	2回目	年月日	無・有				
	3回目	年月日	無・有				
	4回目	年月日	無・有				
	5回目	年月日	無・有				
	6回目	年月日	無・有				
本申請の 治療等期間	年月日～年月日			本申請の 通算回数	年度 通算回目		
本治療の種別	不妊検査・一般不妊治療・生殖補助医療・先進医療						
本申請の治療に 要した費用の額	円			本申請に係る都道 府県又は他市町村 から の助成額	円		
申請金額	金						
振 込 口 座	口座名義	フリガナ					
	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	口座番号				
不妊治療費等の助成について、関係書類を添えて申請します。 年月日 申請者 氏名(自署) _____ 丸森町長 殿							
同意書 本申請にあたり、夫婦の税情報等について関係機関へ照会を行うことに同意します。 夫の氏名(自署) _____ 妻の氏名(自署) _____							

注) 太枠の中を記入してください。

- 添付書類 (1) 丸森町不妊検査受診等証明書(様式第2号)、丸森町一般不妊治療受診等証明書(様式第3号)又は丸森町生殖補助医療・先進医療受診等証明書(様式第4号)  
 (2) 申請者及びその配偶者の住所と夫婦であることが確認できる書類(3か月以内に発行された住民票等)  
 (3) 当該不妊治療等に係る領収書の写し  
 (4) 高額療養費制度における限度額認定証の写し

※担当課使用欄(下欄は記入しないでください)

決定年月日	年月日	決定内容	助成決定 申請却下	本申請の 通算回数	年度 通算	回目
決定番号			助成期間 の開始日		年月日	