

(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 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 円				
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 回目
決 定 番 号				助成期間 の開始日	年 月 日	