

信濃町不妊及び不育症治療助成事業申請書

年 月 日

信濃町長様

申請者
 住所 信濃町大字◆◆◆◆番地
 氏名 信濃 花子
 電話番号 ●●●●-●●●●-●●●●

不妊治療等の助成を受けたいので、信濃町不妊及び不育症治療助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

		記		記載不要		
交付申請額		円				
加入医療保険	夫	氏名	信濃 太郎		(どちらかに○) ○本人 ・ 被扶養	
		保険者名 (発行機関)	長野県市町村組合		保険者番号	7 8 7 8 7 8 7 8
	妻	氏名	信濃 花子		(どちらかに○) 本人 ・ ○被扶養	
		保険者名 (発行機関)	長野県市町村組合		保険者番号	7 8 7 8 7 8 7 8
婚姻年月日		2020年1月1日		申請歴	○初 2 3 4 5 年度目	
長野県による助成		○有 (助成金額 50,000 円) ・ 無				
振込先	金融機関名	●●● 銀行 金庫 農協		●●● 本店 支店 支所		
	預金種類	○普通 当座	(フリガナ) 口座名義人	(シナノ ハナコ) 信濃 花子		
	口座番号			●	●	● ● ● ●

助成金の申請にあたり、信濃町長が行う戸籍・住民情報及び税情報について確認すること並びに申請書類について他の地方公共団体、医療機関等へ確認することについて同意します。

夫 信濃 太郎 妻 信濃 花子

【申請者と口座名義人が異なる場合】
 助成金の受領については上記口座名義人に委任します。
 申請者

(関係書類)

- 信濃町不妊及び不育症治療助成事業受診医療機関医師証明書(様式第2号)
- 信濃町不妊及び不育症治療費助成事業医療費等証明書(様式第3号)又は不妊治療等を受診した医療機関等発行の領収書の写し
- 県の不妊治療・不育症治療の助成を受けている方は、交付決定通知書の写し
- 高額療養費に該当する方は、高額療養費決定通知