

大鰐町長 殿

申請者氏名

## 大鰐町不妊治療費助成金交付申請書

大鰐町不妊治療助成事業実施要綱第7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

フリガナ			生 年 月 日	
夫氏名			年 月 日 ( 歳)	
フリガナ			生 年 月 日	
妻氏名			年 月 日 ( 歳)	
夫の住所	〒		電話 ( )	
妻の住所 <small>※夫の住所と異なる場合記入</small>	〒		電話 ( )	
治療の種別	一般不妊治療	生殖補助医療		
助成申請額	円	(男性不妊治療分除く) 円	(男性不妊治療分) 円	円
過去の 助成状況	過去に他の自治体から治療に係る助成を受けたことがありますか。 ない・ある (ある場合 自治体名 _____、助成の時期 _____ 年 _____ 月)			
振込口座  注) 申請者本人のものに限る	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	(フリガナ)			
	口座名義			
同 意 書				
本申請の審査に係る住民情報及び夫婦の町税等の収納状況の閲覧、医療機関等に対する治療内容等の照会をすることに同意します。				
夫の氏名 (自署)		妻の氏名 (自署)		
※以下、町事務処理欄				
受理年月日	決定・不交付年月日		決定金額	
年 月 日	年 月 日		円	

## 添付書類

- 大鰐町一般不妊治療・検査受診等証明書（様式第2号）又は大鰐町生殖補助医療受診等証明書（様式第3号）
- 不妊治療に係る領収書及び診療明細書の写し
- 高額療養費制度における限度額適用認定証の写し（一般不妊治療は不要）
- 医療保険各法に基づき給付される高額療養費や付加給付等がある場合は、その額を確認できる書類の写し
- 夫婦の健康保険証の写し
- ※夫婦の住民票
- ※夫婦の納税証明書
- ※法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類（戸籍謄本）
  - ※は、交付申請書内の「同意書」欄に署名した場合は省略可。ただし、大鰐町で内容を確認できない場合は提出すること。（例：夫婦の一方が町外に住所を有する）
- 振込先の金融機関名、支店名、口座番号、口座名義（フリガナ）がわかる通帳等の写し
- 事実婚の場合は、次に掲げる書類
  - ・ 夫婦両方の戸籍謄本
  - ・ 事実婚関係に関する申立書（様式第4号）