様式第１号（第６条関係）

仁木町不妊治療費等助成事業申請書

　　年　　月　　日

　仁木町長　　　様

申請者　住　　所

氏　　名

受診者との続柄（　　　　）

電話番号　（　　　　）　　　－

仁木町不妊治療費等助成事業の助成を受けたいので必要書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象治療 | | □一般不妊治療（　　回目）　　□生殖補助医療（　　回目）  　□生殖補助医療（男性）（　　回目）　　□先進医療（　　回目） | | | | | | | | |
| 受診者  （夫） | ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日(　　 歳) | | | | | | |
| 氏　名 |  | 連絡先 |  | | | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | |
| 受診者  （妻） | ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日(　　 歳) | | | | | | |
| 氏　名 |  | 連絡先 |  | | | | | | |
| 住　所  夫と異なる場合 |  | | | | | | | | |
| 医療機関 | 名　称 |  | | | | | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | |
| 振込先  金融機関 | 銀行　　　　　　　　　　　　　本店（所）  信用金庫　　　　　　　　　　　支店（所）  　　　　　　　　　農協　　　　　　　　　　　　　　出張所 | | | 普通　・　当座 | | | | | | |
| ふりがな |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 |  |
| 申請額 | 一般不妊治療費　　　　　　　　　　　　　円  生殖補助医療費　　　　　　　　　　　　　円  生殖補助医療費（男性）　　　　　　　　　　　　　円  先進医療費　　　　　　　　　　　　　円  合計　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | |
| 確認欄 | □　仁木町不妊治療費等助成事業の申請をするにあたり、町が助成の適否を決定するために、住民基本台帳等の個人情報を閲覧し確認することを承諾します。また、必要に応じて医療機関等に検査又は治療の実施内容に関して照会することに同意します。  □　今回の治療における助成費を他の自治体から受けていません（受けている場合は助成対象外となります）。  年　　月　　日  署名　　夫　　　　　　　　　　　　　　　　　妻 | | | | | | | | | |

※　添付書類　①仁木町不妊治療費等助成事業受診等証明書、②同意書、③領収書及び明細書、④高額療養費、

付加給付の給付決定通知書の写し、⑤婚姻を確認できる書類、⑥その他町長が必要と認める書類