

森町不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

森町長 氏 名 様

申請者 住所
氏名
電話

印

森町不育症治療費助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

記

対 象 者		(ふりがな) 氏 名<自署又は記名押印>	生年月日	
	夫	()	年 月 日生 (歳)	
	妻	()	年 月 日生 (歳)	
	住所(※1)	〒 — 電話 ()		
	加入医療保険 (夫)	【種別】市町村国保・組合国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者		
	加入医療保険 (妻)	【種別】市町村国保・組合国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者		
振 込 先	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	(ふりがな) 口座名義人 (申請者と同一)	()
	口座番号			(左詰記入)
	本人負担額	円		不育症治療費助成事業受診等 証明書の領収金額と一致
	申請額	円		①+②

過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去 () 回受けた。() 年 () 月頃 助成金を受けた自治体は (市町村 ・ その他())

申請受理年月日	(承認・不承認) 決定年月日
受給者番号	

注) 太枠の中を御記入ください。

※1: 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に御記入ください。
(添付書類) 1. 森町不育症治療費助成事業受診等証明書等、領収書

2. 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
3. 住所を証明する書類
4. 夫及び妻の所得額を証明する書類

◎ 申請の際に、印鑑と健康保険証をお持ちください。

申請書の提出期限

申請書は、原則として治療終了日の属する年度内に提出しなければなりません。1月から3月までに受けた森町不育症治療については、治療終了日から起算して90日を経過した日まで提出が可能です。

複数回の治療をまとめて申請することはできますが、提出期限を過ぎた治療については申請できませんので、御注意ください。