

高鍋町一般不妊治療費助成金給付申請書

年 月 日

高鍋町長 殿

(申請者)

住所 高鍋町大字

氏名

高鍋町一般不妊治療費助成金の給付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。
また、この申請に係る夫婦の住所・続柄及び所得状況については、夫婦の属する世帯の住民基本台帳及び、地方税に基づく住民税の課税資料により確認されることを同意します。

区分	夫	妻	
ふりがな 氏 名			
生年月日			
住 所 電話番号	〒 — —	〒 — —	
加入健康保険(夫)	(保険者名称) (保険者番号) (記号・番号) (被保険者名)		
加入健康保険(妻)	(保険者名称) (保険者番号) (記号・番号) (被保険者名)		
給付を受けようとする助成金の額		円	
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
受給者番号			
給付決定額		円	

注)太枠内をご記入ください。

添付書類

- 1 高鍋町一般不妊治療費助成金給付医療機関証明書・高鍋町一般不妊治療費助成金給付薬剤支払証明書
- 2 医療機関等発行の領収書
- 3 夫及び妻の前年の所得額(1月から6月までの間に申請する場合は前々年の所得額)を証明する書類
- 4 高鍋町一般不妊治療費助成事業に関する同意書

治療結果の確認を行うことについて

当町では、一般不妊治療の治療結果を受診等証明書に記載するよう、医療機関に協力を求めています。
集めた治療結果は統計としてのみ使用し、助成事業制度を一層の充実を図るための参考とさせていただきます。