

第1号様式（第6条関係）

三郷町不妊治療・不育治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

三郷町長

様

申請者  
住所  
氏名  
電話番号

三郷町不妊治療・不育治療費助成金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請及び請求します。

記

対象者		(フリガナ) 氏名		生年月日			
	夫	( )		年 月 日			
	妻	( )		年 月 日			
	連絡先(※1)	〒		電話 ( )			
	加入医療保険 (夫)	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他( ) 【保険者名称】( ) 【保険者番号】( ) 【被保険者記号・番号】( ) 【区分】 本人・被扶養者					
	加入医療保険 (妻)	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他( ) 【保険者名称】( ) 【保険者番号】( ) 【被保険者記号・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	(フリガナ) 口座名義人 (申請者と同一)	( )			
		当座					
口座番号						(左詰記入)	
申請額	円 (不妊治療は10万円、不育治療は15万円を上限とする。)						
過去の助成実績	(不妊治療 : 有・無) (不育治療 : 有・無)						

※こども健康課記入欄

申請受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	決定内容	承認・不承認
---------	-------	-------	-------	------	--------

※1：単身赴任等異なる住所を有する場合等、夫婦の住所が異なる場合に記入する。

(添付書類) 次の(3)から(5)までの書類は、三郷町不妊治療・不育治療費助成金交付に関する同意書(第2号様式)により町で確認できる場合は、省略できるものとする。

- (1) 三郷町不妊治療・不育治療費助成事業受診等証明書(第3号様式)
- (2) 不妊治療又は不育治療に係る領収書
- (3) 世帯全員の続柄が記載された住民票(発行日から3箇月以内のもの)
- (4) 夫婦のいずれもが町税を滞納していないことを証明する書類
- (5) 事実婚であることを証する書類
- (6) 夫婦の被保険者証等の写し
- (7) その他町長が必要と認める書類