

## 様式第 1 号(第 5 関係)

## 平泉町一般不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

平泉町長 様

(申請者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

平泉町一般不妊治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

なお、助成金支払事務にあたり、平泉町が住民基本台帳を確認すること、また、領収書の内容を医療機関に確認することについて同意します。

申 請 額	円				
夫	(ふりがな) 氏 名			年 月 日生( 歳)	
	加入医療 保険	種別	国民健康保険・組合国保・健保・共済・その他( )		
		保険者番号		区分	本人・被扶養者
妻	(ふりがな) 氏 名			年 月 日生( 歳)	
	加入医療 保険	種別	国民健康保険・組合国保・健保・共済・その他( )		
		保険者番号		区分	本人・被扶養者
住所	〒 _____ 平泉町 電話番号 ( )				
夫と妻の住所が異なる場合は、本欄にも記入	〒 _____ 電話番号 ( )				
治療した 医療機関	医 療 機 関 名				
	住 所	〒 _____ 電話番号 ( )			
過去の状況	過去に一般不妊治療の助成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 助成を受けた市町村名 平泉町 ・ その他( )				

備考 添付書類

(1) 平泉町一般不妊治療医療機関受診等証明書

(2) 住所及び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(続柄記載の住民票等)

(3) 医療機関等が発行した不妊治療に要した費用に係る領収書

◎申請の際に、健康保険証をお持ちください。