

様式第1号(第6関係)

平泉町不妊治療費助成金交付申請書

年　月　日

平泉町長　　青木　幸保　様

(申請者)

住　所

氏　名

印

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、交付申請にあたり、町が申請者の住民基本台帳を確認すること、夫妻の納税等に関する情報を公簿により確認すること及び不妊治療医療機関受診等証明書等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・国保組合・健保・共済・その他(　)			
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・国保組合・健保・共済・その他(　)			
住　所	〒　一 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		〒　一 電話番号 (　)				
治療した 医療機関	医療機 関　名					
	住　所	〒　一 電話番号 (　)				
過去の状況		• 過去に助成を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 年　月頃 助成を受けた市区町村　平泉町　・　その他 (　)				
		• 今回の申請は何回目ですか。 (　回目) (治療開始時の妻の年齢が40歳未満の場合は6回まで、40歳以上43歳未満の場合は3回まで申請できます。)				

備考　添付書類

- (1) 不妊治療医療機関受診等証明書
 - (2) 医療機関等が発行した治療に要した費用に係る領収書及び明細書
 - (3) その他町長が必要と認める書類
- ◎ 申請の際に、健康保険証をお持ちください。