

様式第1号(第6条関係)

松島町不妊治療費助成事業申請書(請求書)

松島町不妊治療費助成事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。
また、夫婦の税情報や他の自治体へ助成金申請状況等について照会をすることに同意します。

記

申請者	フリガナ		生年 月日	年 月 日	
	〒 電話 ()				
配偶者	フリガナ		生年 月日	年 月 日	
	〒 電話 ()				
加入 医療保険	(申請者) <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他 () (配偶者) <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他 ()				
本申請の 治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		今回の 申請回数	回目	
過去の 申請の 有無 (当町を含む)	自治体名: ()		申請時期: 年 月	助成金額: 円	
	自治体名: ()		申請時期: 年 月	助成金額: 円	
	自治体名: ()		申請時期: 年 月	助成金額: 円	
	自治体名: ()		申請時期: 年 月	助成金額: 円	
	自治体名: ()		申請時期: 年 月	助成金額: 円	
治療の 種 別	一般不妊治療 ・ 生殖補助医療				
申請者 氏 名 _____ (申請額) _____ 円 令和 年 月 日 松島町長 櫻井公一 殿					
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫・組合 郵便局			本店 支店 支店 支所 出張所
	預金種別	普 通 当 座	口座名義人	フリガナ	
	口座番号	(右詰めで記入してください)			

- 注) 1 太枠の中を記入してください。
2 以下の書類を添付してください。
(1) 松島町不妊治療費助成事業受診等証明書(様式第2号)
(2) 婚姻の届出をしている夫婦であることを証明する書類(住民票等)
(3) 不妊治療に係る領収書の写し(院外処方分も含む)
(4) 高額療養費制度における限度額適用認定証の写し

※担当課使用欄 (下欄は記入しないで下さい)

申請受理年月日	令和 年 月 日	決定	(承認・不承認) 令和 年 月 日	決定番号	
---------	----------	----	----------------------	------	--

