様式第１号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　月形町一般不妊治療費助成申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

月形町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印

　関係書類を添えて次のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 夫氏名 | （フリガナ） |
| 妻氏名 | （フリガナ） |
| 住所　　　　　 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 加入医療保険（夫） | 【種別】国保・組合国保・健保・共済・その他（　　　　　　　　　）【保険者番号】（　　　　　　　　　　　）【区分】本人・被扶養者 |
| 加入医療保険（妻） | 【種別】国保・組合国保・健保・共済・その他（　　　　　　　　　）【保険者番号】（　　　　　　　　　　　）【区分】本人・被扶養者 |
| 振込先 | 金融機関 | 　　　　　　　　銀行　　　　　本店　　　　　　　　金庫　　　　　支店　　　　　　　　農協 | 預金種別 | 　　普通　　当座 |
| 口座番号 |  | （フリガナ）口座名義人 |  |
| 医療機関名 | 　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 自己負担額合計 |  |
| 申請額 |  |
| 同意書私たちは、月形町一般不妊治療費助成金の交付要件の確認のため、月形町長が住民基本台帳及び町税に関する公簿を閲覧し、及び調査することに同意します。　　　年　　月　　日　　氏名　夫　　　　　　　　　　　　　印　　　妻　　　　　　　　　　　　　印 |

（添付書類）

　□月形町一般不妊治療費助成申請に係る証明書

　□一般不妊治療を行った医療機関発行の領収書