

石井町不妊治療費助成事業申請書

石 井 町 長 殿

石井町不妊治療費助成事業について次のとおり申請します。

私は、この申請にあたり、石井町不妊治療費助成事業実施要綱に定められた助成対象者に該当することを誓約します。また、本申請の審査に必要な範囲で町が申請内容の確認を行うことに同意します。
なお、助成金は下記口座に振り込みください。

記

(注)太枠内をご記入ください。

		申請者				配偶者			
フリガナ 氏 名									
生年月日		年 月 日(歳)				年 月 日(歳)			
住 所		連絡先				※異なる場合のみ記入 連絡先			
過去の助成 状況		☐ 今回が初めて ☐ ()回目・ 前回: 年 月頃 助成を受けた市町村名()							
高額療養費 付加給付金の 給付		申請する不妊治療費について、高額療養費・付加給付金の支給を受けましたか *支給を受けられるか不明な場合は、加入している健康保険に確認してください。 ☐ 受けました → 健康保険者の発行した支給決定通知書等の支給額がわかるものを添付してください ☐ 受けていません							
申請額 金 円 医療機関及び薬局の証明額の合計額(上限 10 万円)									
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 組合				本店 支店 出張所			
	預金種別	普通 ・ 当座		フリガナ 口座名義人 *申請者と同一に限る					
	口座番号								右詰記入

- 【添付書類】 1. 石井町不妊治療費助成事業受診等証明書(様式第2号)
2. 振込口座が確認できる書類
3. 他の自治体等からの助成金や保険者から高額療養費又は付加給付を受けた場合、金額のわかる書類
(限度額適用認定書又は明細書の写し等)
4. 夫婦が事実婚関係にある場合は、事実婚関係に関する申立書

本人確認 (申請者)	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 健康保険証(資格確認書) ☐ その他()
---------------	---