

様式第1号（第7条関係）

一般不妊治療費助成交付申請書

年 月 日

（宛先）津 幡 町 長

- 1 関係書類を添えて下記のとおり、不妊治療費の助成を申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、住民登録及び所得調査等の確認を行うことに同意します。
- 2 本申請に係る治療に対し、他の市町及び県の助成を受けません。

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ 印 （夫又は妻が自署又は記名押印）  
 （口座名義人と同一）

配偶者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

不妊治療に要した本人負担額 金 \_\_\_\_\_ 円 申請金額 金 \_\_\_\_\_ 円  
 （本人負担額の1/2。但し1年度上限5万円）

注) 太枠の中を御記入下さい。

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
夫	( )	年 月 日 ( 歳)
妻	( )	年 月 日 ( 歳)
住所(※1)	〒 (電話 )	
住所(※2) (夫・妻)	〒 (電話 )	
1年前の住所 (※3)	〒	
過去1年間に居住した 市町村(※4)		
加入医療保険 (夫)	【保険者名称】 【被保険者証の記号及び番号】 【被保険者名】	【保険者番号】
加入医療保険 (妻)	【保険者名称】 【被保険者証の記号及び番号】 【被保険者名】	【保険者番号】
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫・農協 店
	預金種別	普通・当座   口座番号:
	口座名義人 (申請者と同一)	

※治療を受けた月の翌月初日から起算して2年以内に申請してください。

- ※1：夫婦の住所を記入する。
- ※2：夫婦の住所が異なる場合に記入する。  
 （住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。）
- ※3：助成を申請している最初の診療月の1年前の住所
- ※4：※3以降に居住した市町村名

《添付書類》

一般不妊治療医療機関受診等証明書  
 （保険薬局で投薬を受けた方は、薬局からの証明書と合わせて提出してください。）

※1年以内の転入者については、夫婦の前年の所得（前年の所得が確定するまでの間は前々年の所得）を証明する書類が必要です。