

年 月 日

仁淀川町長 様

仁淀川町不妊治療費等助成事業申請書兼請求書

仁淀川町不妊治療費等助成事業実施要綱第5条第1項の規定により、仁淀川町不妊治療費等助成金（一般不妊治療費・人工授精・特定不妊治療費）を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

(ふりがな) 氏名	夫		生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)
	妻		生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)
住所(※1)	〒 電話 () -			
住所(※2)	〒 電話 () -			
加入医療保険	夫	国民健康保険 ・ 全国健康保険 ・ 船員組合保険 ・ 共済組合保険 ・ その他()		
	妻	国民健康保険 ・ 全国健康保険 ・ 船員組合保険 ・ 共済組合保険 ・ その他()		
申請金額	☐ 一般不妊治療 ・ 人工授精		金	円
	☐ 特定不妊治療		金	円
医療保険各法の規定による医療 に関する給付額		※ 一般不妊治療のみ記入 給付額 円		
金融機関名	銀行 ・ 農協 本・支店			
口座※3	預金種別	1 普通 2 当座 3 その他()		
	口座番号			
	ふりがな 名義人氏名			
	住所	〒		

※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。
(添付書類)

- ①不妊治療費等助成事業医療機関等証明書（特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写しでも可）
- ②戸籍謄本または住民票（続柄及び本籍地が記載されたもの）
- ③不妊治療等に要した費用の領収書（高知県が実施する特定不妊治療支援事業のため原本を提出する場合は、写しを提出すること）
- ④被保険者証の写し
- ⑤事実婚の場合、事実婚関係に関する申立書
- ⑥その他町長が必要と認めるもの書類（通帳の口座情報が記載された頁のコピー）

(付記)
上記の請求金額は、※3に記載した口座に振り込んでください。

なお、私たちの世帯の所得状況及び加入医療保険・被扶養者の資格・給付等の必要な情報を確認することに同意します。

申請者氏名
申請者氏名