

日高町生殖補助医療費助成事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり生殖補助医療費の助成を申請します。
 なお、本申請にかかる支給決定にあたって、担当職員が、私と配偶者の住民基本台帳を確認することに同意します。また、返還金が発生した場合は、速やかに返還します。

記

	区分	(ふりがな) 氏名	生年月日
対象者	夫(※1)	()	年 月 日(歳)
	妻(※2)	()	年 月 日(歳)
	住所(※3)	〒 電話 ()	
	住所(※4)	〒 電話 ()	
申請者 氏名 _____ 申請額 (男性不妊治療分を除く。) 金 _____ 円 申請額 (男性不妊治療分) 金 _____ 円 申請額合計 金 _____ 円 年 月 日 <div style="text-align: right;">日高町長 様</div>			
振込先 (※5)	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所	
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人 ()
	口座番号	(左詰記入)	
先進医療費(※6)		約 _____ 万円	先進医療内容(※7)

(注)太線内をご記入ください。

- ※1: 事実婚関係にあることを町長が認める者を含みます。以下同じ。
- ※2: 事実婚関係にあることを町長が認める者を含みます。以下同じ。
- ※3: 夫婦(法律上の婚姻をしている夫婦及び事実婚関係にあることを町長が認める夫婦とする。以下同じ。)の住所を記入してください。
- ※4: 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。
 住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫又は妻が異なる場所に住所を有する場合をいいます。
- ※5: 振込先の口座は申請者のものとし、口座名義人は戸籍の氏名と同じものとしてください。
- ※6・7: 不妊治療対策の基礎データとし、今後の本事業の充実に役立てたいと考えております。ご協力いただける方はご記入いただけますようお願いいたします。

- (添付書類) 1 日高町生殖補助医療費助成事業受診等証明書(別記様式第2号)
 2 指定医療機関発行の生殖補助医療に要した費用に係る領収書(原本)
 3 事実婚関係にあることを申し立てる場合は、事実婚関係に関する申立書(別記様式第3号)
 4 その他町長が必要と認める書類