

様式第1号（第5条関係）

美里町特定不妊治療費等助成金交付申請書

令和 年 月 日

美里町長 上田 泰弘 様

申請者 住所 美里町
氏名

美里町特定不妊治療費等助成金を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、私たちの住所、及び町税等の納付状況の確認のため、美里町職員が公簿等を閲覧することや、同様の助成金の受給の有無の確認のため、美里町が他の自治体へ照会すること、及び他自治体から美里町に照会があった時にこれに回答すること、本申請に係る治療について医療機関や加入している健康保険組合等の保険者に照会することに同意します。

(ふりがな) 夫の氏名	()	年 月 日生 (歳)
健康保険 <small>※写しがある場合省略可</small>	保険者名	保険者番号
	被保険者名	記号・番号
(ふりがな) 妻の氏名	()	年 月 日生 (歳)
健康保険 <small>※写しがある場合省略可</small>	保険者名	保険者番号
	被保険者名	記号・番号
電話番号		
夫婦の住所が異なる場合	〒 住所	電話番号
これまでに受けた助成	本町での助成回数 (回) 本町以外での助成回数 (回)	
申請金額	円	

添付書類（治療終了の月の初日から1年以内に、申請書に下記書類を添えて提出ください。）

- (1) 美里町特定不妊治療費等助成金受診等証明書（様式第2号）
- (2) 当該特定不妊治療費等に係る領収書及び明細書の写し
- (3) 戸籍謄本その他婚姻関係を証明する書類（事実婚を含む。）
- (4) 夫及び妻の町税等の未納がないことを証明する書類
- (5) 事実婚関係に関する申立書（様式第3号）（事実婚の場合に限る。）
- (6) 夫及び妻の資格確認書等
- (7) 高額療養費、附加給付金等が確認できる書類