

年 月 日

(宛先) 一宮町長

申請者 住所 _____
(口座名義人と同一) 氏名

一宮町不妊治療費助成金交付申請書

一宮町不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな 妻 氏 名	-----	年 月 日生 (歳)
妻 住 所	〒 一宮町	電話番号 () ※日中連絡が取れる番号
ふりがな 夫 氏 名	-----	年 月 日生 (歳)
夫 住 所	〒 一宮町 □妻の住所と同じ	電話番号 () ※日中連絡が取れる番号
交付申請の額	金 円 ※1,000円未満切捨て ※高額療養費や付加給付がある場合は差し引いた額	
	高額療養費の有無 (無 ・ 有 金 _____ 円) 付加給付の有無 (無 ・ 有 金 _____ 円)	
【今回の治療を保険診療で受診した場合】 当該受診者の健康保険の限度額適用認定証の適用区分等	限度額適用認定証の適用区分 (受診者ごとに、該当区分に○をしてください) <input type="checkbox"/> 受診者が妻 ア・イ・ウ・エ・オ・不明 <input type="checkbox"/> 受診者が夫 ア・イ・ウ・エ・オ・不明	<input type="checkbox"/> 受診者が妻 認定証の発効年月日 _____ 年 月 日 認定証の有効期限 _____ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 受診者が夫 認定証の発効年月日 _____ 年 月 日 認定証の有効期限 _____ 年 月 日
他自治体における助成について	次の内容を確認いただき、該当される場合は、□に✓を付けてください。 <input type="checkbox"/> 本申請に係る治療の費用について、他の自治体で助成を受けておらず、また、受ける予定はありません。	
私たち夫婦に関して次の確認行為等が一宮町によってなされることに同意します。(※) (1) 私たち夫婦の住民票情報並びに私たち夫婦に課された一宮町の町税及び国民健康保険税の納付状況の確認 (2) 医療機関に対する治療内容等の照会及び加入する保険者に対する健康保険限度額適用認定区分等の照会 (3) 一宮町以外の自治体への本申請に係る情報の照会・提供		
妻 氏名 _____		夫 氏名 _____
(自署又は記名押印)		(自署又は記名押印)
振込先	金融機関	銀行 ・ 金庫 本店 ・ 支店 組合 ・ 農協 支所
	種類	普通 ・ 当座 口座番号
	ゆうちょ銀行	普通・当座 店番号 通帳番号
口座名義人	ふりがな 氏 名	

(※) 一宮町における事務処理に当たっては、個人情報の取扱いに十分留意し、プライバシーは厳守します。

(添付書類)

- 1 一宮町不妊治療費助成事業医療機関受診等証明書（別記第2号様式）
- 2 医療機関発行の領収書及び診療明細書
(領収書により治療内容が確認できない場合に、診療明細書等の治療内容の分かる書類が必要なため。)
- 3 保険証の写し
- 4 振込先金融機関の口座通帳の写し
- 5 高額療養費や付加給付の給付額が記載された関係書類の写し