様式第１号（第６条関係）

比布町先進医療不妊治療費助成事業申請書

# 比布町長 様

申請年月日 年 月 日申請者氏名

# 関係書類を添えて、下記のとおりの助成を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリ ガナ  氏 名 | 夫 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 （ 歳） | |
|  | |
| 妻 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 （ 歳） | |
|  | |
| 住 所 | | 〒 |  |  |  |  |
|  |  | 電話 （ ） | | |
| 住 所 ※ | | ※夫婦の住所が異なる場合のみ記入 | |  |  |  |
| （夫 ・ 妻） | | 〒 |  |  |  |  |
| 申請状況 | | 過去にこの助成金を受けたことがありますか | |  |  |  |
| □ない □ある→過去 （ 回、助成を受けた自治体名 ） | | | | |
| 申請額 | | ※金額の内訳は別紙に記入してください | |  |  |  |
| （１回の治療につき、先進医療部分のみにかかった治療全額） | | | | |
| 治療費 ： 金 円 | | | | |
| 交通費 ： 金 円 | | | | |
| 合 計 ： 金 円 | | | | |
| 振込先 | | 金融機関 | 銀行 ・ 信金 ・ 農協 | 支店名 | |  |
| 口座番号 | 普通 | 口座名義 |  | フリガナ |
| 当座 | ※申請者と同一 | |
| 先進医療不妊治療費助成事業申請にあたり、比布町が住民基本台帳情報及び町税等の納税状況を | | | | | | |
| 確認すること、医療機関又は医療保険者へ利用状況を照会することに同意します。また、必要に応じ | | | | | | |
| 他の市町村に対しこの申請に関する情報を照会し、または提供することについて同意します。 | | | | | | |
| 夫（自署） 妻（自署） | | | | | | |

【添付書類】

・比布町先進医療不妊治療費助成事業受診証明書 （様式第２号）

・領収書及び診療明細書

・振込先の通帳の写し

・戸籍謄本 （夫婦のいずれかが町外に住民登録している方のみ）

・事実婚関係に関する申立書 ※事実婚関係にある方のみ （様式第３号）