

南関町先進医療不妊治療費助成事業申請書

南関町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

関係書類を添えて次のとおり先進医療不妊治療費助成を申請します。

	夫	妻
対象者氏名		
住 所		
生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
先進医療不妊治療の種類	先進医療の内容 ()	
先進医療不妊治療の期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
申請額	円	
加入医療保険	【種別】 国保・健保・船員・共済・その他 () 【保険者番号】 【区分】 本人・被扶養者	【種別】 国保・健保・船員・共済・その他 () 【保険者番号】 【区分】 本人・被扶養者

- (添付書類)
- 1 南関町先進医療不妊治療費助成事業医療機関証明書（様式第2号）
 - 2 住民票等住所を確認できるもの。ただし、町長が申請者の住民基本台帳を閲覧することに、申請者が同意した場合には、添付を省略することができる。
 - 3 先進医療不妊治療に要した費用の領収書及び診療明細書
 - 4 夫婦とも町税等に滞納がないことを証明する書類

同意欄

私たちの住民基本台帳の閲覧、世帯の加入医療保険者・被扶養者の資格・給付等の必要な情報を、関係機関に確認することを同意します。

署名欄 (夫)

(妻)