

利根町不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

利根町長 様

代表申請者氏名 \_\_\_\_\_

標記助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

記

妻	(フリガナ) 氏 名	( ) (署名又は記名押印)
	生年月日	年 月 日生 治療開始日の年齢 ( ) 歳
	住 所	〒
	電話番号	
夫	(フリガナ) 氏 名	( ) (署名又は記名押印)
	生年月日	年 月 日生
	住 所	<input type="checkbox"/> 妻と同じ (妻と異なる場合は以下に記載) 〒
	電話番号	
婚姻年月日		年 月 日 <input type="checkbox"/> 婚姻していない (事実婚関係にある)
<input type="checkbox"/> 助成要件確認のため、利根町長が住民基本台帳等を確認し、支給要件に関する事項を照会することについて同意します。 <input type="checkbox"/> この申請に係る不妊治療について、利根町以外の地方公共団体の助成は受けていません。 <input type="checkbox"/> 治療開始日から申請日までの間、引き続き夫婦のいずれか一方が利根町内に住所を有しています。 <input type="checkbox"/> 申請日以降も1年以上引き続き利根町内に住所を有する意思があります。		

※添付書類

- 利根町不妊治療費医療機関受診等証明書 (様式第2号)
- 保険医療機関の発行する領収書及び明細書
- 婚姻関係にある者は、戸籍謄本の写し ※その他以下に該当する場合のみ
  - 夫婦の一方が町外に在住の場合、その方の住民票の写し
  - 事実婚関係にある場合
    - 事実婚関係に関する申立書 (様式第3号) 及び夫婦それぞれの戸籍謄本の写し
    - 戸籍謄本により婚姻関係を確認できない外国人住民にあっては、婚姻関係を確認できる文書及び訳文

町 記 入 欄	申請受理年月日	(承認・不承認) 決定年月日	
	今回治療開始時妻年齢:	歳 (43歳以上は対象外)	
	初回治療開始時妻年齢:	歳 <input type="checkbox"/> 40歳未満→通算6回まで <input type="checkbox"/> 40歳~42歳→通算3回まで	保険診療による治療実施回数: 通算 回目
	市町村への申請回数:	回目	
	コード: 妻 ( ) 夫 ( ) 住定年月日 ( ) 町税等滞納 (有・無)		
備考欄			