

〇年 〇月 〇日

函南町長 様

申請者 住 所 函南町平井717-〇〇

氏 名 函南 花子 (函南印)

電話番号 080-1234-1234

函南町不妊・不育症治療費助成金を支給されるよう、関係書類を添えて申請します。

(ふりがな) 夫の氏名	かんなみ たろう 函南 太郎	夫 の 生年月日	S52年 5月 5日 (〇〇歳)
(ふりがな) 妻の氏名	かんなみ はなこ 函南 花子	妻 の 生年月日	S53年 1月 1日 (〇〇歳)
治療に要した費用 (本人負担分)	200,000 円		
加入医療保険	夫	【種別】市町村国保・組回国保・健保・共済・その他 () 【保健者番号】 (123-456) 【区分】本人・被扶養者	
	妻	【種別】市町村国保・組回国保・健保・共済・その他 () 【保健者番号】 (789-101) 【区分】本人・被扶養者	
任意の給付 (追加給付)	有 (補助金額 円) ・ 無		
静岡県による補助の有無	有 (補助金額 75,000 円) ・ 無		
治療の対象となる子	第1子 ・ 第2子	本年度の申請回数	1回 ・ 2回
これまでに助成を受けた年度	30 年度		

同意書 (妻が40歳未満で人工授精を実施した場合)

前年の所得状況 (1月から5月までの申請については前々年) を確認することについて同意します。

令和〇年 〇月〇日

申請者 函南 花子 (函南印)

配偶者 函南 太郎 (函南印)

(添付書類)

- 不妊・不育症治療受診等証明書(様式第2号)
- 夫及び妻の戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書
- 申請者及びその配偶者の被保険者証の写し
- 不妊・不育症治療を受診した医療機関発行
- 静岡県補助金交付要綱による補助を受ける
- 夫及び妻の前年(1月から5月までの申請については前々年)所得証明書等(町長が夫婦の同意を得てその内容を確認することができる場合を除く。)

申請者・配偶者ともに、ご本人様が署名捺印してください。

書類

※以下は記入不要です。

実施医療機関名	
承認決定年月日	年 月 日

担当課受付印
