

様式第1号（第5条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

不妊・不育症治療費助成金支給申請書

令和〇年〇月〇日

函南町長 仁科 喜世志 様

申請者 住 所 函南町平井717-28
氏 名 函南花子
電話番号 055-978-7100

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	かんなん たろう 函南太郎	夫の 生年月日	H7年 7月 1日 (31歳)
(ふりがな) 妻の氏名	かんなん はなこ 函南花子	妻の 生年月日	H7年 4月 28日 (31歳)
治療に要した費用（本人負担分）		〇〇〇,〇〇〇 円	
加入医療保険	夫	【種別】市町村国保・組合国保・ ☒ 健保・共済・その他（ ） 【保険者番号】（ 〇〇〇〇〇 ）【区分】 ☒ 本人・被扶養者	
	妻	【種別】市町村国保・組合国保・ ☒ 健保・共済・その他（ ） 【保険者番号】（ 〇〇〇〇〇 ）【区分】 ☒ 本人・被扶養者	
任意の給付（追加給付）		☒ （給付等金額 〇〇,〇〇〇 円）・ 無	
静岡県による補助の有無		☒ （給付等金額 〇〇,〇〇〇 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		年度	

同意書（妻が43歳未満で不育症治療を実施した場合）

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



配偶者 函南太郎



（添付書類）

- 1 夫妻の戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書（発行日から3か月未満のもの）
- 2 夫婦の医療保険の資格情報が確認できるものの写し
- 3 不妊・不育症治療受診等証明書（様式第2号）
- 4 不妊・不育症治療を受診した医療機関発行の領収書
- 5 限度額認定証又は限度額認定証の区分が分かるもの
- 6 不育症治療を受けた者にあつては、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。）
- 7 事実婚関係に関する申立書（様式第2号の2）（届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合に限る。）

※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

--