

おおい町不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

おおい町長 様

申請者 住 所

氏 名 印

電話番号

おおい町不妊治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

診療を受けた夫婦の氏名	生年月日	医療保険種別
夫	年 月 日生	
妻	年 月 日生	

医 療 機 関 記 入 欄			
診療開始日	年 月 日	病名	
治療方法	人工授精 ・ 体外受精 ・ 顕微授精 ・ その他 ( )		
治療期間	年 月 日 から 年 月 日		
治療費	(本人負担額) 円		

下記の者については、不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、上記のとおり夫婦間での不妊治療を実施し、これに係る医療費等を上記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

医療機関 住 所

名 称

氏 名 印

電話番号

<添付書類>

- ① 不妊治療を受けた医療機関発行の領収書 (原則原本)
- ② 福井県特定不妊治療費助成承認決定通知書 (お持ちの方のみ)
- ③ 夫及び妻の保険証の写し
- ④ 夫及び妻の住民票 (続柄記載の謄本)
- ⑤ 夫及び妻の納税証明書
- ⑥ 事実婚の場合は二人の戸籍謄本、事実婚関係に関する申立書・意向確認書 (様式第2号)

※下記の内容について同意した場合、住民票・納税証明書・戸籍謄本の提出は不要です。

同意書			
私たちは、おおい町不妊治療費助成金の交付要件の確認のため、おおい町長が住民基本台帳及び町税等に関する公簿を閲覧し、及び調査することに同意します。			
氏名	夫	印	妻
			印