

【保険適用分】

あさぎり町不妊治療費等助成事業申請兼請求書

年 月 日

あさぎり町長 様

申請者

印

関係書類を添えて次のとおり（一般不妊治療・人工授精）費用の助成を申請・請求します。
 なお、担当課または関係機関が加入医療保険者・被扶養者の資格・給付等の必要な情報を確認することに同意します。

	氏 名		生年月日及び年齢	
夫			年 月 日生 (歳)	
妻			年 月 日生 (歳)	
住 所 (夫)	あさぎり町		電話番号 ()	
住 所 (妻)	夫と異なる場合のみ記入		電話番号 ()	
申 請 及 び 請 求	あさぎり町への 申請年数 (通算)	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 年目 (○を付けてください)		
	助成対象額	円	(第5号・第6号様式 の合計金額)	
	町助成額	円	(※町記入欄)	
	申請者及び請求者 氏名 _____			
加入医療保険 (夫)	【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			
加入医療保険 (妻)	【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			
振 込 口 座	金 融 機 関 名	銀行・金庫・農協・信用組合		支店名 支所名 本店・支店・支所
	預金種別	普通 ・ 当座	(フリガナ) 口座名義人	()
	口座番号	申請者の口座に限ります。 (右詰めで記入してください。)		

- (添付書類)
- あさぎり町不妊治療費助成事業医療機関等証明書(第5号様式)
 - あさぎり町不妊治療費助成事業保険薬局等証明書(第6号様式)(該当者)
 - 当該不妊治療費に係る領収書及び明細書の写し
 - 被保険者証、受給資格者票加入者証及び組合員証の写し(裏面含む)
 - 町税を滞納していないことを証する書類(納税証明書等、治療当事者二人の書類)
 - あさぎり町不妊治療費助成事業事実婚関係に関する申立書(第7号様式)(該当者)
 - 治療当事者二人の戸籍謄本(戸籍全部事項証明)(該当者)
 - その他、町長が必要と認める書類
- (※2については、保険薬局で投薬を受けた方のみ)
 (※6と7については、事実上婚姻関係と同様の事情にある夫婦のみ)