

様式第1号（第6条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

長泉町不妊・不育治療費助成金交付申請書

年 月 日

長泉町長 様

申請者 住 所

氏 名

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください

電話番号

長泉町不妊・不育治療費助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

(ふりがな) 夫の氏名		夫 の 生年月日 (年齢)	年 月 日
			(歳)
(ふりがな) 妻の氏名		妻 の 生年月日 (年齢)	年 月 日
			(歳)
治療に要した費用 (本人負担分)	円		
他補助金等の有無	有 無	(補助金額	円)
高額療養費の 限度額適用認定証の有無	有 無		
治療の対象となる子	第1子・第2子		
申請回数	1回目・2回目・3回目・4回目・5回目・6回目 ・7回目・8回目・9回目・10回目		

(添付書類)

- 1 不妊・不育治療受診等証明書（様式第2号）※発行日から3か月未満のもの
- 2 夫及び妻の戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書（日本国籍を有しない者にあつては、住民票の写し）※発行日から3か月未満のもの
- 3 事実婚関係にある方は、事実婚に関する申立書（様式第2号の2）
- 4 不妊治療又は不育治療を受診した医療機関発行の領収書
- 5 県補助等で補助金等がある場合は、金額や助成対象期間を確認することができる書類
- 6 医療保険各法に基づく保険者から支給対象治療に係る高額療養費の決定を受けた場合は、当該高額療養費の額を確認することができる書類