

阿見町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

阿見町不育症治療費助成事業補助金交付申請書

阿見町不育症治療費助成事業補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

治療を受けた夫婦の氏名	生年月日	住 所	電話番号	加入医療保険
夫 (フリガナ)	年 月 日			
妻 (フリガナ)	年 月 日			
婚姻の状況	<input type="checkbox"/> 婚姻している(婚姻年月日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 婚姻していない(年 月頃から事実婚関係にある)			
申請金額	金 円			
治療の経費	金 円			
治療の期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
町への申請状況	_____回目申請			
同意及び誓約欄				
<p>この申請の審査に際し、申請者の属する世帯の住民票、町税の収納状況、市町村民税の課税状況のうち審査に必要なものについて、阿見町の公簿の照会等により調査することに同意するとともに、申請日より1年以上阿見町に在住する意思があることをここに誓います。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____</p>				

添付書類

- (1) 不育症検査及び治療費医療機関受診証明書
 - (2) 健康保険資格確認書の写しまたは医療保険の資格情報(マイナポータルより取得できるもの)
 - (3) 領収書・診療報酬明細書の原本(医療機関が発行するもの)
 - (4) 町税に未納がないことを証する書類の写し
 - (5) 申請者及びその配偶者の住所並びに婚姻関係を証する書類
 - (6) 事実婚関係等に関する申立書(別紙、該当者のみ)
 - (7) その他町長が必要と認める書類
- ※(4)(5)の書類は、同意書に同意がある場合は省略することができる。