

## 出雲崎町不妊治療等助成金交付申請書

年 月 日

出雲崎町長 宛て

申請者 (受療者)	住 所	電話番号	(      )      -
	出雲崎町	氏 名	

不妊治療等助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

### 記

交 付 申 請 額	円	申 請 の 種 類	以下のいずれかにチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 一般不妊治療・人工授精 <input type="checkbox"/> 特定不妊治療 ( <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 ) <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 <input type="checkbox"/> 先進医療 (保険適用外) <input type="checkbox"/> 不育治療等
--------------	---	--------------	---

受 療 者 本 人	本申請により助成金の支給を受けるために、審査に必要な範囲で、町税等の未納状況及び夫婦の住民登録状況を調査すること並びに住民基本台帳を閲覧することに同意します。				
	住所 1	〒949-43 出雲崎町		住民日	年 月 日
		<マンション名など>			
	住所 2	〒      - (      )		住民日	年 月 日
	※夫婦の住所が異なる場合	<マンション名など>			
氏 名			配偶者氏名		
加 入 医 療 保 険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他		保険者番号	区 分	
				<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
過去の助成金受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	「有」の場合過去に助成を受けた自治体及び助成額	自治体名	時 期	助成額 (円)
				年 月 日	
				年 月 日	
新潟県不育症検査費用助成事業申請状況 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請済					

要 件 確 認	住民台帳NO					申請回数	申請の種類	町税未納	助成決定額	確認者
						回目	一般・不育	有・無	円	

※この欄は、出雲崎町で使用しますので、記入しないでください。

**【添付書類】**

**医療機関証明書**（別記様式第2号の1～5のいずれか）

保険薬局で投薬を受けた方は、薬局からの証明書（別記様式第2号の1を使用）も合わせて提出してください。