

## 小野町不妊治療費助成申請書兼請求書

年 月 日

小野町長様

申請者 夫の氏名 ㊞妻の氏名 ㊞

標記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。なお、交付決定を受けたときは、併せて当該助成金を請求いたします。

## 記

	氏名・生年月日	住所・連絡先
夫	年 月 日 ( 歳)	(連絡先)
妻	年 月 日 ( 歳)	(連絡先)

申請額	一般不妊治療	金 円	治療回数:	回	備考
	生殖補助医療	金 円	治療回数:	回	

これまでの小野町不妊治療費助成金の受給	ない ・ ある(受給回数: 回)
助成金受給後の出産(妊娠12週以降に死産した場合を含む)	出産日( 年 月 日)

承諾・同意等欄	<p>・小野町不妊治療費助成事業の支給決定に関して必要に応じ、申請者の個人情報に関する閲覧及び確認することを承諾します。</p> <p>・また、交付決定の審査に必要な場合は、加入する医療保険者の給付内容と、医療機関の受診等の証明内容を照会することに同意します。</p> <p>・この申請に係る治療費について、他の市区町村から助成や補助を受けていません。</p>
	(夫氏名) <span style="float: right;">㊞</span> (妻氏名) <span style="float: right;">㊞</span>

振込先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫	本店 支店
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
	口座名義人		(ふりがな)

## 町記入欄

<b>【添付書類】</b> <input type="checkbox"/> 受診等証明書(様式第2号) <input type="checkbox"/> 医療機関(調剤薬局を含む)発行の領収書 <input type="checkbox"/> 婚姻関係にあることを証明できる書類(省略可) <input type="checkbox"/> 住所を確認することができる書類(省略可) <input type="checkbox"/> 町税の滞納がないことを確認することができる書類(省略可) <input type="checkbox"/> 事実婚関係に関する申立書・添付書類(不用)	受理年月日	年 月 日
	決定年月日	(承認・不承認) 年 月 日
	受給者番号	