

佐川町不育症治療費等助成事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり不育症治療費の助成を申請します。

記

	(ふりがな) 氏名		生年月日	
夫			昭和・平成	年 月 日( 歳)
妻			昭和・平成	年 月 日( 歳)
住所(※1)	〒		電話	
住所(※2)	〒		電話	
申請者氏名		印		印
(夫及び妻が記名押印)				
申請金額	金	円	医療保険各法の規定による医療に関する 給付額	円
		年 月 日	佐川町長様	
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店(支所) 出張所
	預金の種類	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	
	口座番号			(右詰記入)
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	
申請受理年月日			(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号				

注)太枠の中をご記入ください。

※1: 夫婦の住所を記入する。

※2: 夫婦の住所が異なる場合に記入する。住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

(添付書類)

- 不育症治療費等助成事業医療機関等証明書(領収書添付)  
注)保険薬局で投薬を受けた方は、薬局からの証明書も合わせて提出してください。
- 法律上の婚姻関係を証明することができる書類で1か月以内に発行されたもの  
:戸籍謄本、戸籍の全部事項証明書または住民票(続柄及び本籍地が記載されたもの)
- 児童手当法施行令による控除が確認できる所得課税証明書(総所得額総額及び各控除額がわかるもの)
- 住民票など住所を確認できるもの
- 被保険者証、受給資格者票加入者証及び組合員証

なお、私たちの世帯の所得状況及び加入医療保険者・被扶養者の資格・給付等の必要な情報を、健康福祉課長が当課又は関係機関に確認することに同意します。また、町長が私たちの住民基本台帳を閲覧することに同意します(ただし、佐川町に住民票がある方に限る)。

申請者氏名

印