

美浜町生殖補助医療費助成申請書

関係書類を添えて下記のとおり生殖補助医療費の助成を申請します。
 なお、本申請にかかる支給決定にあたって、担当職員が、私と配偶者の住民基本台帳を確認することに同意します。また、返還金が発生した場合は、速やかに返還します。

記

区分	(ふりがな) 氏名	生年月日
対象者	夫(※1)	() 年 月 日(歳)
	妻(※1)	() 年 月 日(歳)
	住所	〒 _____ 電話 ()
	住所(※2)	〒 _____ 電話 ()
申請者 氏名 _____ 申請額 (男性不妊治療分を除く。) 金 _____ 円 申請額 (男性不妊治療分) 金 _____ 円 申請額合計 金 _____ 円 年 月 日 <div style="text-align: right;">美浜町長 様</div>		
振込先	金融機関名	銀行 本店 普通 金庫 支店 農協 出張所 当座
	口座名義人	(ふりがな) 口座名義人
	口座番号	_____ (左詰記入)
申請書受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日
受給者番号	_____ _____ _____ _____	

(注)太線内をご記入ください。

※1: 事実婚関係にあることを町長が認める者を含みます。

※2: 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫又は妻が異なる場所に住所を有する場合をいいます。

- (添付書類) 1 美浜町生殖補助医療費助成事業受診等証明書(別記様式第2号)
 2 医療機関発行の生殖補助医療に要した費用に係る領収書及び明細書(原本)
 3 事実婚関係にあることを申し立てる場合は、事実婚関係に関する申立書(別記様式第3号)
 4 その他町長が必要と認める書類