

別記様式第1号（第5条関係）

上三川町不妊治療費助成申請書

年 月 日

上三川町長 宛て

住所  
申請者 氏名  
電話

上三川町不妊治療費助成事業実施要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

記

|   |  |           |         |
|---|--|-----------|---------|
| 治療を受けた夫婦の氏名   | 生 年 月 日  | 住民となった年月日 | 加入保険者名称 |
| 夫   | 年 月 日生   | 年 月 日     |         |
| 妻   | 年 月 日生   | 年 月 日     |         |
| 婚 姻 年 月 日   | 年 月 日  |           |         |
| 本 籍   |  |           |         |
| 申 請 回 数   | 年目（今年度申請回数 回目）   |           |         |
| 不妊治療実施医療機関  | (所在地)  |           |         |
|   | (名 称)  |           |         |
| 治 療 開 始 年 月 日   | 年 月 日 (治療開始日の妻の年齢 歳)   |           |         |
| 実 施 不 妊 治 療 名   | 人工授精 ・ 体外受精 ・ 顕微授精 ・ 凍結胚移植 ・<br>男性不妊治療（生殖補助医療の一環として行ったもの） ・<br>先進医療（ ） |           |         |
| 保 険 診 療 適 用 治 療 費   | ①  |           | 円       |
| 保 険 診 療 適 用 外 治 療 費   | ②  |           | 円       |
| 医 療 保 険 等 からの 助 成 の<br>有 無  | ③ 有・無(どちらかに○)  |           |         |
|   | 高額療養費  |           | 円       |
|   | 付加給付費  |           | 円       |
|   | その他  |           | 円       |
| 助 成 申 請 額<br>(年間限度額20万円)  | ((①+②-③)×1/2(100円未満切捨て))<br>円  |           |         |
| 振 込 先 金 融 機 関   |  | 支店名       |         |
| 種 別   | 普通預金・当座預金  | 口座番号      |         |
| ( ふ り が な )   |  |           |         |
| 口 座 名 義 人   |  |           |         |
| この申請の審査に際し、上三川町が保有する戸籍、住民基本台帳及び町税の納付状況について、公簿を照会することに同意します。<br>[夫]氏名<br>[妻]氏名 |  |           |         |

