

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 ・ 男性不妊治療（生殖補助医療の一環として行ったもの） ・ 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 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 (年間限度額20万円)	((①+②-③)×1/2(100円未満切捨て)) 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。 [夫]氏名 [妻]氏名			

