

松田町一般不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

松田町長 殿

一般不妊治療費に係る助成金の交付を受けたいので、添付書類を添えて次のとおり申請します。

	申 請 者	配 偶 者		
ふりがな				
氏 名	印			
生年月日	年 月 日	年 月 日		
住 所	松田町 松田惣領・神山 松田庶子・寄			
電話番号				
過去の助成の有無	過去に松田町一般不妊治療費の助成を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; border: none;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td style="padding: 0 10px;"> [1回目]申 請：_____年____月 治療期間：_____年____月____日～_____年____月____日 [2回目]申 請：_____年____月 治療期間：_____年____月____日～_____年____月____日 </td> </tr> </table>		{	[1回目]申 請：_____年____月 治療期間：_____年____月____日～_____年____月____日 [2回目]申 請：_____年____月 治療期間：_____年____月____日～_____年____月____日
{	[1回目]申 請：_____年____月 治療期間：_____年____月____日～_____年____月____日 [2回目]申 請：_____年____月 治療期間：_____年____月____日～_____年____月____日			
申請理由	<input type="checkbox"/> 妊娠に伴い、一般不妊治療を終了したため（出産予定日：_____年 月 日） <input type="checkbox"/> 特定不妊治療への変更に伴い、一般不妊治療を終了したため <input type="checkbox"/> 一般不妊治療保険外診療の自己負担額が5万円以上になったため <input type="checkbox"/> 治療期間が1年を経過したため			
同意書 一般不妊治療費助成金の交付のため、申請者及びその配偶者の住民登録記載事項、所得の額又は納税状況の確認並びに医療機関、調剤薬局又は保険者への問い合わせなど必要な調査を、松田町職員が行うことに同意します。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 申請者氏名 _____ 印 配偶者氏名 _____ 印 </div>				

（町記入欄）

受理年月日	年 月 日	申請番号	—
住民登録の確認 （住民登録年月日）	申請者	年 月 日	法律上の夫婦であることの確認
	配偶者	年 月 日	滞納がないことの確認
添付書類	松田町一般不妊治療費医療機関等証明書（第2号様式）		
	一般不妊治療に要した治療費（保険外診療）の領収書の写し		
	被保険者等であることを証明する書類		振込先口座の確認資料