

不妊治療費等助成金交付申請書

年 月 日

武 豊 町 長 殿

申 請 者
住 所
氏 名
電 話 番 号

印

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費等助成金の交付申請をします。
記

申 請 者		(ふりがな) 氏 名	生年月日
	夫	()	昭和 平成 年 月 日生 (歳)
	妻	()	昭和 平成 年 月 日生 (歳)
	住所(※1)	〒 — 電話 ()	
	住所(※2)	〒 — 電話 ()	
	加入医療保険 (夫)	【種別】市町村国保・組回国保・健保・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】市町村国保・組回国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】() 【区分】本人・被扶養者	
不妊治療等 を行った期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
医療機関名	所在地		
	名 称		
申 請 額	金 円		

過去にこの助成金を受けたことがありますか。

ない ・ ある → 過去 () 回受けた。平成 () 年 () 月頃
助成金を受けた自治体は (武豊町 ・ その他())

申請受理年月日		受 理 者	
受 給 者 番 号	— ()	住基確認 (住定日等)	済 (. .)
決 定 年 月 日 (交付・不交付)		交 付 決 定 金 額	

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：単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入する。

◎ 申請の際に、印鑑と健康保険証をお持ちください。