

様式第1号（第6条関係）

一般不妊治療費補助金申請書

令和 年 月 日

豊山町長

申請者 住所 豊山町大字

氏名

電話番号

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療補助金を申請します。

なお、添付書類のうち、婚姻関係を証明できる書類、夫婦の双方の住所が確認できる書類について、豊山町で確認できる場合は照会することに同意します。

記

対象者		(ふりがな) 氏名	生年月日
	夫	()	年 月 日 (歳)
	妻	()	年 月 日 (歳)
	住所	豊山町大字 電話番号 ()	
	加入医療保険 (夫)	【種別】 国保・健保・船員・共済・その他 () 【区分】 本人・被扶養者	
	加入医療保険 (妻)	【種別】 国保・健保・船員・共済・その他 () 【区分】 本人・被扶養者	
自己負担額合計	円		
申請額	円 (自己負担額合計1/2で、1年度上限5万円です。1,000円未満は切捨てとなります。)		
申請受理年月日	令和 年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	令和 年 月 日
受給者番号			
過去にこの補助金を受けたことがありますか。 ない・ある→ () 回受けた。() 年 () 月頃 補助を受けた自治体は、豊山町・() 市 町 村			

注) 太枠の中をご記入ください。

- (添付書類) 1 一般不妊治療費補助金受診等証明書
(保険薬局で投薬を受けた方は、薬局からの証明書を合わせて提出してください)
- 2 申請しようとする治療に係る領収書
- 3 婚姻関係を証明できる書類 (事実婚の場合、他に法律上の配偶者がいないことを証明するもの等)
- 4 夫婦の双方の住所が確認できる書類

◎申請の際には健康保険証をお持ちください。