

様式第 1 (第 6 条関係)

大口町一般不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

大 口 町 長 様

申請者

住所

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費の助成を申請します。

記

対 象 者		(ふりがな) 氏 名<自署又は記名>	生年月日												
	夫	()		年 月 日 (歳)											
		個人番号													
	妻	()		年 月 日 (歳)											
		個人番号													
	住所(※1)	〒 ー 電話 ()													
	住所(※2)	〒 ー 電話 ()													
	加入医療保険 (夫)	【種別】国保・組回国保・健保・共済・その他 () 【区分】本人・被扶養者													
加入医療保険 (妻)	【種別】国保・組回国保・健保・共済・その他 () 【区分】本人・被扶養者														
申 請 額		金 円			(本人負担額の 1/2 で、 1年度上限4万5千円)										

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。（ ）年（ ）月頃
 助成金を受けた自治体は（ ）

申請受理年月日		決定（却下）年月日	
受給者番号			

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。

(添付書類) 大口町一般不妊治療費助成事業受診等証明書、領収書