

池田町不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

池田町長 様

申請者

住 所

氏 名

(署名又は記名押印)

電話番号

池田町特定不妊治療費助成要綱第5条の規定により、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。

- ・町が個人情報（住民情報、町税等の納入状況）の内容を確認すること、必要に応じて他の市区町村へ助成の状況を確認することについて同意します。
- ・本申請に係る治療に対し、他の市区町村からの助成を受けていません。

記

診療を受けた夫婦の氏名		生 年 月 日
夫		年 月 日生 ( 歳)
妻		年 月 日生 ( 歳)
申請額	一般不妊治療の自己負担額	円
	特定不妊治療の自己負担額 (保険適用外も含む)	円
	申請額 (100円未満切り捨て)	円
診療を受けた 医療機関名		
過去の治療回数	※特定不妊治療分のみ。保険診療適用後からの通算回数 ( ) 回	
振 込 先	金 融 機 関 名	預 金 種 別
	銀行 本店 金庫 支店 農協 本所・支所	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄
	口 座 番 号	(ふ り が な) 口 座 名 義 人
添 付 書 類	1 池田町不妊治療費助成受診等証明書（別記第2号様式又は別記第3号様式） 2 助成対象治療に係る医療機関発行の領収書の写し 3 助成対象治療に係る薬剤明細書と領収書の写し 4 高額療養費等を受給（現物給付を除く。）した場合は、その給付金額がわかる書類 5 夫婦の一方が町外に住所を有する場合は戸籍謄本、町外の方の住民票謄本 6 事実婚の場合は事実婚関係に関する申立（別記第4号様式）	
備 考		

