

(表面)

様式第1号（第6条関係）

東海村不妊治療費（先進医療）助成金交付申請書

年 月 日

東海村長様

東海村不妊治療費（先進医療）助成金交付要綱第6条の規定により、東海村不妊治療費（先進医療）助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、申請します。

また、審査に当たっては、必要な範囲で住民基本台帳及び村税関係書類等を閲覧することに同意します。

記

申請者	（フリガナ） 氏名	（ ）（夫・妻） (署名又は記名押印)		
	生年月日	年	月	日生 初回治療開始日の年齢（ ）歳
	住 所	〒		
	電話番号			
配偶者	（フリガナ） 氏名	（ ）（夫・妻） (署名又は記名押印)		
	生年月日	年	月	日生 初回治療開始日の年齢（ ）歳
	住 所	〒		
	電話番号			
婚姻年月日		年	月	日 <input type="checkbox"/> 事実婚（戸籍謄本及び申立書を添付）
申 請 額		金 円		※助成上限額と治療費の自己負担額を比較して低い方の額
助成金振込先 ※申請者名義の口座に限る	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	フリガナ 口座名義	
	口座番号			
<input type="checkbox"/> この申請に係る不妊治療について、他の助成制度による助成は受けていません。 <input type="checkbox"/> 治療開始日から申請日までの間、夫婦の両方又はいずれか一方が東海村内に住所を有しています。				

※添付書類

- 1 不妊治療（先進医療）受診等証明書（様式第2号）
- 2 医療機関の発行する領収書及び明細書又は支出を証明する書類
- 3 その他関係書類

村外在住の場合…住民票

事実婚関係にある場合…事実婚関係に関する申立書（様式第3号）及び夫婦それぞれの戸籍謄本
村外在住等により納税状況の確認ができない場合…市町村税に滞納がないことを証する書類

(裏面)

市 町 村 使 用 欄	申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
	今回治療開始時妻年齢： 歳 (43歳以上は対象外)			
	初回治療開始時妻年齢： 歳		<input type="checkbox"/> 40歳未満→通算6回まで <input type="checkbox"/> 40歳～42歳→通算3回まで	保険診療による治療実施 回数：通算 回目
	市町村への申請回数： 回目			
	備考欄			

交付決定の 決裁欄	課長	課長補佐	係長	担当	本票審査者