

様式第1号（第7条関係）

氷川町生殖補助医療費等助成申請書

年 月 日

氷川町長

様

(申請者)

住所

氏名

電話番号

氷川町生殖補助医療費等助成事業実施要綱第7条の規定により、関係書類を添えて申請します。

対象者	夫	住所	□申請者に同じ			
		ふりがな			生年月日	年 月 日 ( 歳)
			氏名			
		加入医療 保険	種別	国保・健保・船員・共済・その他 ( )		
	保険者番号			区分	本人・被扶養者	
	妻	住所	□申請者に同じ			
		ふりがな			生年月日	年 月 日 ( 歳)
			氏名			
		加入医療 保険	種別	国保・健保・船員・共済・その他 ( )		
	保険者番号			区分	本人・被扶養者	
助成申請額		円			助成の上限額： 1回の治療につき5万円	

本申請において、町が住民基本台帳、夫婦の前年の所得及び町税等の納付状況を閲覧すること並びに必要に応じて医療機関に検査内容を確認することに同意します。

夫署名： \_\_\_\_\_

妻署名： \_\_\_\_\_

【添付書類】

- 氷川町生殖補助医療費等助成事業医療機関（薬局等）証明書（様式第2号及び様式第3号）
- 生殖補助医療に係る領収書  夫婦の戸籍謄本等（夫婦であることがわかる書類）
- 夫婦の加入する医療保険被保険者証の写し  事実婚に関する申立書（事実婚の場合のみ添付）
- その他町長が必要と認める書類