様式第１号（第７条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

氷川町長　藤本　一臣　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（夫）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（妻）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

氷川町生殖補助医療費等助成金申請書兼請求書

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、次のとおり申請します。

　なお、住民基本台帳に記録又は記載されている内容及び世帯全員の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ついて同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 夫 | 住所 | □申請者に同じ |
| ふりがな氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　　　歳） |
|  |
| 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 |
| ふりがな氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　　　歳） |
|  |
| 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 |
| 振込先 | 銀行　農協 金庫その他(　　　　　) | 本店　支店出張所 |
| 種別 | 口座番号 | 口座名義人(カタカナ) |
| 普通・当座 |  |  |

【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