

氷川町長 様

申込者

住所

氏名（夫）

（妻）

（電話）

氷川町一般不妊治療費助成金交付申請書

年度において一般不妊治療費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。

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。

ふりがな 夫	年 月 日生 歳	氷川町に住み始めた日 年 月 日	加入保険 国保・健保・船員・ 共済・その他
	年 月 日生 歳		
ふりがな 妻	年 月 日生 歳	氷川町に住み始めた日 年 月 日	加入保険 国保・健保・船員・ 共済・その他
	年 月 日生 歳		
住所	〒	婚姻届け提出した日 年 月 日	
		電話連絡先	
助成対象額	円	申請年度の治療に要した負担額の合計	
助成金申請額	円	5万円を限度とする。	
添付書類	1. 氷川町一般不妊治療費助成事業医師証明書 2. 氷川町一般不妊治療費助成事業医療費等証明書（領収書・明細書添付） 3. 医療保険被保険者証の写し 4. 戸籍謄本（夫婦であることを証する書類）		

町処理欄

受理日	年 月 日	交付決定日	年 月 日	交付決定額
受付番号			交付・不交付	円