

川本町長 様

申請者 住所
氏名 印
電話番号() ー

生殖補助医療費助成申請書

川本町生殖補助医療費助成要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

区 分	ふ り が な 氏 名	生 年 月 日
夫		年 月 日(歳)
妻		年 月 日(歳)
住所	〒696- 川本町大字 電話() ー	
住所(※1)	〒 電話() ー	
指 定 口 座	金融機関名	銀行・金庫・農協
	同店舗名	本店・本所・支店・支所・出張所・代理店
	現金種目	1 普通 2 当座 3 その他()
	口座番号	
	口座名義人	フリガナ
加入保険(夫)	【種別】 国保・健保・船員・共済・その他() 【番号】	
加入保険(妻)	【種別】 国保・健保・船員・共済・その他() 【番号】	
自己負担金合計	円	
助成金額	円	

同意書

生殖補助医療費助成決定のために、私と配偶者の住民基本台帳について、確認することを同意します。

申請者 印

1. 注意事項

- (1) 太枠内を記入してください。
- (2) 「※1」は、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合に記入してください。
(*担当課で記入)

第 期	受理年月日	住民基本台帳 確認欄
	年 月 日	年 月 日

2. 添付書類

(1) 生殖補助医療医師証明書（様式第2号）

* 自己の都合により複数の医療機関に受診する場合は、それぞれの医療機関の医師の証明書が必要です。

(2) 生殖補助医療に要した費用の領収書（原本）及び診療明細書

(3) 夫婦の保険証の写し

(4) 夫婦それぞれの戸籍謄本と事実婚関係に関する申立書

* 事実婚の場合に限ります。

3. 申請期限 1回の治療終了期間の満了月から起算して6月を経過した月の末日まで

4. 申請先

川本町役場健康福祉課窓口へご提出ください。