様式第１号（第５条関係）

津奈木町生殖補助医療費助成申請書

年　　月　　日

　　津奈木町長　　　 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　-　　　　-

　津奈木町生殖補助医療費助成事業実施要綱第５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 | □申請者と同じ | | | | | | | | | | |
| ふりがな  氏名 |  | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日  　　　　　（　　　　歳） |
|  | | | | | | |
| 妻 | 住所 | □申請者と同じ | | | | | | | | | | |
| ふりがな  氏名 |  | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日  　　　　　（　　　　歳） |
|  | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | | 銀行　金庫  　　　　　　　　　本店 | | | | | | | 本店 支店  　　　　　　　　　　　　　支所 出張所 | | | |
| 預金種別 | | 普通  当座 | | カナ  口座名義人 | | | | |  | | | |
|  | | | |
| 口座番号 | |  |  | |  |  |  |  | |  | 左詰記入 | |
| 申請額 | | | 円 | | | | | | | | | | |

　注）助成金の振込先は、上記申請者のものに限ります。

　　本申請において、町が住民基本台帳、夫婦の町税等の納付状況を確認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(同意がある場合、※は省略できる場合があります。)

(1) 生殖補助医療に係る証明書および生殖補助医療に係る領収書の写し

(2) 夫婦の加入する医療保険被保険者証の写しおよび限度額適用認定証（該当者）

(3) 医療保険各法による付加給付金額が確認できるものの写し（該当者）

(4) 戸籍及び住民票の謄本（※）

(5) 事実婚に関する申立書（事実婚の場合）

(6) 町税等を滞納していないことを証明する書類（※）

(7) 上記に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類