

勝浦町不妊治療応援事業申請書

勝浦町長 宛て

勝浦町不妊治療応援事業の助成金の交付を受けたいので、勝浦町不妊治療応援事業実施要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。この申請をするにあたり、勝浦町不妊治療応援事業実施要綱第2条各号の全てに該当することを誓約します。

申請者氏名 兼誓約書署名欄		夫	妻
生年月日		年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
住所		〒 - 勝浦郡勝浦町大字	
夫婦の住所が異なる場合		〒 -	〒 -
電話番号		（ ） -	（ ） -
加入医療保険	保険者名 （保険者番号）	（ ）	（ ）
	記号・番号		
	区分	本人 ・ 被扶養者	本人 ・ 被扶養者
過去の助成状況		<input type="checkbox"/> 今回が初めて <input type="checkbox"/> （ ）回目	
高額療養費		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
付加給付金		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
助成金申請額		金 円	

勝浦町記入欄

受付年月日		交付（不交付）決定年月日		交付決定額	
年 月 日		年 月 日		円	
算 定 額	保険適用費用額（A）	高額療養費等（B）		助成金対象額（A-B）（C）	
	※（C）と助成限度額50,000円のうち少ない額が助成金申請（請求）額となる				
審 査		夫		妻	
	住民登録1年以上	あり・なし		あり・なし	
		（住定日 年 月 日）		（住定日 年 月 日）	
	妻の年齢要件			該当・非該当	
	町税等滞納状況	なし・あり （未納 ）		なし・あり （未納 ）	
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 勝浦町不妊治療応援事業（生殖補助医療【保険診療】）受診等証明書（様式第2号） <input type="checkbox"/> 町税等調査閲覧同意書（様式第3号） <input type="checkbox"/> 高額療養費等の照会に伴う同意書（様式第4号） <input type="checkbox"/> 領収書及び診療明細書（院外処方分含む） <input type="checkbox"/> 保険者が発行した高額療養費又は付加給付の明細書等 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 事実婚に関する申立書（様式第5号）（事実婚関係にある場合）				