

年　月　日

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) ※(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	高額療養費等(B) 助成金対象額(A-B)(C)	
審査	住民登録1年以上 妻の年齢要件 町税等滞納状況	夫 あり・なし (住定日　年　月　日) なし・あり (未納)	妻 あり・なし (住定日　年　月　日) 該当・非該当 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)		