

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		☐ 今回が初めて ☐ （ ）回目	
高額療養費		☐ あり ☐ なし	
付加給付金		☐ あり ☐ 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100,000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	☐ 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） ☐ 町税等調査閲覧同意書（様式第3号） ☐ 高額療養費等の照会に伴う同意書（様式第4号） ☐ 領収書及び診療明細書（院外処方分含む） ☐ 保険者が発行した高額療養費又は付加給付の明細書等 ☐ 戸籍謄本 ☐ 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）		