

様式第2号（第6条関係）

長瀬町不妊（不育症）治療等支援事業助成金交付申請書

年 月 日

長 瀬 町 長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

長瀬町不妊治療等支援実施要綱第6条の規定に基づき、添付書類を添えて次のとおり申請します。

なお、申請の事務処理にあたり、住民基本台帳、夫婦の町税等の納付状況等を確認し、領収書の内容について医療機関に確認することに同意します。

夫 氏 名	フリガナ 年 月 日生（ 歳）
妻 氏 名	フリガナ 年 月 日生（ 歳）
居 住 地	〒 電話番号
加入医療保険 夫	種別 保険者番号 区分 本人 被扶養者
加入医療保険 妻	種別 保険者番号 区分 本人 被扶養者
医療機関名	名 称 所 在 地 電話番号
申請する助成金額	金 円
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 治療が終了し、出産した為（ 年 月 日出生） <input type="checkbox"/> 治療途中で今回の妊娠が終了したため <input type="checkbox"/> その他（ ）
過去の助成状況	過去に不妊症治療の助成を受けたことがありますか。 ない ・ ある（あるの時場合 年 月頃 回） 助成を受けた市町村名