

記入例

色の部分を記入してください。
※不明な部分は記入せず、申請時に確認してから記入してください。

東伊豆町不妊・不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

東伊豆町長 様

住 所 東伊豆町稲取 3014

治療を受けられた方

申請者 氏 名 東伊豆 花子 印

電話番号 0557-95-1100

東伊豆町不妊・不育症治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

(ふりがな)	ひがしいず たろう	夫の生年月日	S・H 〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳)
夫の氏名	東伊豆 太郎		
(ふりがな)	ひがしいず はなこ		
妻の氏名	東伊豆 花子		
治療に要した費用	※記入しないでください。		円
通院に係った交通費(鉄道賃)			円
	夫	〇×健康保険組合	
	妻	〇×健康保険組合	
静岡県による補助の有無	有 (補助金額 円) ・ 無		
任意の給付(付加給付)	有 (補助金額 円) ・ 無		
過去の人工授精に対する助成の有無	有 (助成期間 年 月 日 ~ 年 月 日) (自治体名 助成金額 円) 無		
	有 (助成期間 年 月 日 ~ 年 月 日) (自治体名 助成金額 円) 無		
申請歴	初・2・3・4・5年度目		

承諾事項

1、補助金の申請にあたり、東伊豆町長が行う次の行為について承諾します。

- (1) 住民票等の個人情報の閲覧
- (2) 申請者等の所得状況の確認のための課税台帳等の閲覧(人工授精・不育症治療の場合に限る。)
- (3) 静岡県に対し行う、静岡県特定不妊治療費補助金の交付に関する情報の照会及び東伊豆町不妊治療費助成金の交付に関する情報の提供
- (4) 医療機関に対し行う不妊・不育症治療証明書及び領収書の内容確認
- (5) 他の自治体における申請書等の助成金の受給状況等に関する事項の確認(人工授精・不育症治療の場合に限る。)
- (6) 申請者等が加入している健康保険組合等の医療費助成に関する事項の確認

2、「東伊豆町不妊・不育症治療費助成金交付事業について」の文書を読み承諾します。

申請者氏名 東伊豆 花子 印

治療を受けられた方

(裏)

(添付書類)

- (1) 不妊・不育症治療証明書(様式第2号)
- (2) 夫及び妻の住民票の写し
- (3) 夫妻の戸籍の謄本又は全部事項証明書(外国人にあつては、住民票謄本)
- (4) 不妊治療又は不育症治療を受けた医療機関が発行した領収書および診療明細書
- (5) 静岡県特定不妊治療費補助金の額を確認することができる書類(当該補助金の交付を受けた者に限る。)
- (6) 付加給付の額を確認することができる書類(当該給付を受けた者に限る。)
- (7) 夫婦の所得額を証明する書類(町長が夫婦の同意を得てその内容を確認することができる場合を除く。)
- (8) 交通費については、明細を記入した任意の書類

(注) 「領収書」は原本を提出していただきますが、他の用途に使用する等の理由で原本の返却を希望される場合は、原本を窓口で確認の上、コピーをとらせていただきます。この際、領収書原本には、東伊豆町不妊・不育治療費補助金交付申請済である旨を押印します。