

棚倉町不妊治療費等助成申請書

年 月 日

棚倉町長

関係書類を添えて下記のとおり（不妊治療費・不妊症検査費）の助成を申請します。

記

氏 名	申請者		配偶者	
	フリガナ		フリガナ	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		昭和・平成 年 月 日 (歳)	
個人番号 (マイナンバー)				
申請者住所	〒 電話番号			
配偶者住所 (夫婦の住所が異なる 場合のみ記入)	〒 電話番号			
婚姻関係	☐ 法律上の婚姻関係 ☐ 事実上の婚姻関係		申請回数	回
治療期間	年 月 日～ 年 月 日			
申請内容	☐ 保険適用外となる治療 ☐ 保険診療の治療と併用して実施した先進医療 ☐ 回数上限又は年齢上限を超え保険適用外となる治療 ☐ 不妊症検査			
治療・検査費支払額	円 (うち男性不妊治療費分 円)			
福島県不妊治療支援 事業助成額	円 (うち男性不妊治療費分 円)			
申 請 金 額	円 (うち男性不妊治療費分 円)			
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所		
	預 金 種 別 口 座 番 号	普通・当座		(左詰記入)
	口座名義人 (申請者名義)	フリガナ		

同意書	不妊治療費の助成申請にあたり、支給の決定に関して必要な住民情報及び課税資料情報等の情報を閲覧し確認することを承諾します。また、助成の適性を図るために必要な場合は、他の自治体に情報の照会、提供すること及び医療機関等に受診等証明書の内容を照会することについて同意します。
	(申請者) 氏名
	(配偶者) 氏名

注) 太枠内をご記入ください。

棚倉町記載欄

申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
受給者番号		助成決定額	