

様式第1号（第6条関係）

阿久比町不妊治療費補助金交付申請書

年 月 日

阿久比町長 殿

申請者（補助金の請求者と同一）

住 所

氏 名

電話番号

次のとおり阿久比町不妊治療費補助金の交付を申請します。

対象者	区 分	夫	妻
	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	年 月 日
	個 人 番 号		
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	加入医療保険	【種別】市町村国保・組回国保・ 健保・共済・その他 【被保険者記号番号】 () 【区分】本人・被扶養者	【種別】市町村国保・組回国保・ 健保・共済・その他 【被保険者記号番号】 () 【区分】本人・被扶養者
不妊治療等の費用	区 分	一般不妊治療	特定不妊治療
	本人負担額 (保険適用分)	① 円	② 円
	高額療養費	③ 円	④ 円
	付加給付金	⑤ 円	⑥ 円
	小 計	⑦(①－③－⑤)※上限5万円 円	⑧(②－④－⑥)※上限10万円 円
	補助金申請額	⑨(⑦＋⑧) 円	
<p>私たちは、町が補助金申請の事務処理に必要な範囲内において、公簿の閲覧、医療機関への治療内容等の照会並びに個人番号の利用を含む保険者への資格情報及び高額療養費等の受給状況の確認をすることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">夫 氏名(自署) 妻 氏名(自署)</p>			