

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