

様式第1号（第7条関係）

## 岬町不妊治療・不育治療費助成申請書

年 月 日

岬町長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号（ ）

受診者との続柄

岬町不妊治療・不育治療費の助成を受けたいので必要書類を添えて申請します。

フリガナ		生年 月日	年 月 日（ 歳）	
受診者名				
住所		連絡先		
フリガナ		生年 月日	年 月 日（ 歳）	
配偶者名				
住所		連絡先		
婚姻の種別	法律婚 ・ 事実婚 ※該当するほうに○をつけてください。			
申請理由	種類	・不妊治療 ・不育治療		
	助成の有無	・無 ・有 岬町 年度～ ( ) 市町 年度～ 年度		
医療機関 の住所		医療機 関名		
振込指定 金融機関	銀行・信用組合 農協・信用金庫		本店 支店	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ		高額療養費	申請額
	口座名義人 (受診者と同一)		円	円

### 【添付書類】

- ① 医療機関受診等証明書
- ② 婚姻を証明できる書類（戸籍謄本等）  
事実婚の場合は、重婚でないことを確認できる書類（両人の戸籍謄本等）と両人の住民票（世帯全員）
- ③ 同意書 ④ 誓約書 ⑤ 保険証の写し ⑥ 領収書原本
- ⑦ 限度額適用認定証の写し、または、限度額適用・標準負担額減額認定証の写し（高額療養費制度利用者）

●検査・治療を受けた日の属する年度の3月末までに申請してください。

●高額療養費の対象となる方は、先にそちらの手続きを済ませてください。