

年 月 日

扶桑町長 様

申請者  
住 所  
氏 名  
電話番号

扶桑町特定不妊治療（先進医療）費助成事業申請書

特定不妊治療（先進医療）費の助成を申請します。

対象者	区分	氏名（ふりがな）	生年月日	住所
	夫	( )	年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
加入医療保険	妻	( )	年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	夫	【種別】市町村国保・健保・共済・その他 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【区分】本人・被扶養者		
医療機関	妻	【種別】市町村国保・健保・共済・その他 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【区分】本人・被扶養者		
	指定医療機関	※指定医療機関とは、厚生労働省に実施医療機関として届出を行い、承認を得た医療機関		
申請額	円（上限5万円）			

振込先口座

金融機関名	種別	口座番号	口座名義人
銀行 農協 金庫	普通 当座		フリガナ

確認事項	過去に扶桑町または他の自治体で特定不妊治療（先進医療）費助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 助成対象外です。
私たちは、扶桑町特定不妊治療（先進医療）費助成金交付申請にあたり、住民基本台帳並びに戸籍に関する台帳を閲覧・確認されることに同意します。 年 月 日 氏名 夫 妻	

注) 太枠の中をご記入ください。

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号			

(添付書類) 1. 特定不妊治療（先進医療）費助成事業受診等証明書 2. 領収書 3. 戸籍謄本 4. 住民票 5. 事実婚関係に関する申立書（該当者のみ）  
※3、4の書類は同意欄に署名がある場合は不要（ただし、戸籍謄本の添付を求めることがあります。）