

辰野町不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）辰野町長

辰野町不妊治療費助成事業実施要綱第7条に基づき関係書類を添えて申請します。
 なお、辰野町長が交付の決定に際し、必要な住民情報及び課税資料等の情報を閲覧し確認することを承諾します。また、助成の適正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証明書の内容を照会することについて同意します。

太枠の中をご記入ください

申請者	ふりがな		続柄	生年月日（年齢）
	氏名		夫・妻	年 月 日生（ 歳）
	住所	〒		
		辰野町への住民登録年月日 年 月 日		
	電話番号			
保険者名（発行機関）		保険者番号		
配偶者	ふりがな		続柄	生年月日（年齢）
	氏名		夫・妻	年 月 日生（ 歳）
	住所	〒		
		辰野町への住民登録年月日 年 月 日		
	電話番号			
保険者名（発行機関）		保険者番号		
婚姻関係 <input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚				

（添付書類）

- ・辰野町不妊治療費助成事業医療費等証明書（様式第2号）
- ・助成対象経費に係る領収書の原本
- ・健康保険証の写し
- ・高額療養費限度額適用認定証の写し（お持ちの方）
- ・長野県不妊治療（先進医療）費用助成事業交付決定通知書の写し（該当する方）
- ・事実婚関係に関する申立書（様式第5号）（該当する方）
- ・その他町長が必要と認める書類

町担当者確認欄（収納担当課）

町税等納入状況	済 ・ 未	特記事項		担当者	
---------	-------	------	--	-----	--

（助成金担当課）

受付年月日	年 月 日	決定年月日（承認・不承認）	年 月 日
受付番号		助成決定額	円