

様式第 1 号（第 5 条関係）

池田町不妊・不育症治療助成事業助成金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

池田町長 様

申請者 住所 池田町大字

氏名

電話

次のとおり、年度池田町不妊・不育症治療助成事業の助成金の交付を受けたいので
関係書類を添えて申請します。

夫	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日生
	加入医療 保険			本人・被扶養
妻	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日生
	加入医療 保険			本人・被扶養
婚姻関係		☐ 法律婚 ☐ 事実婚		
治療の実施 期間		年 月 日 から 年 月 日まで		
助成金申請 回数		1 回目 2 回目 3 回目		
医療費 (自己負担額)		県助成金額	医療保険の給付額 (高額療養・付加給付)	町助成金額
円		円	円	円

助成金の申請に当たり、町が所有する私の住民情報、町税等の滞納情報について、役場担当
課へ照会されることに同意します。

(夫) 氏名 (妻) 氏名

- ※添付書類
- 戸籍謄本（夫・妻 各 1 通）
 - 医療機関及び保険薬局証明書（様式第 2 号）
 - 領収書（コピー可）
 - 県助成額決定通知（コピー可）
 - 医療保険各法の給付額が確認できる書類
 - その他町長が必要と認める書類

以下、役場使用欄		確 認	確認者
住民登録の確認	夫	有・無	
	妻	有・無	
申請日の 1 年以上前から居住			
同一世帯の確認（事実婚の場合）		有・無	
町税等の滞納に関する調査結果		可・否	