

高千穂町一般不妊治療費等助成金給付申請書

年 月 日

高千穂町長 様

申請者
住 所 高千穂町大字
氏 名
(口座名義人と同一) 印

高千穂町一般不妊治療費等助成金給付要綱第7条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

対象者		(ふりがな) 氏 名	生年月日
	夫	()	年 月 日生
	妻	()	年 月 日生
	住所(*1)	〒 -	電話 -
	住所(*2)	〒 -	電話 -
	加入医療保険 (夫)	【種別】市町村国保・組回国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【保険者名】 () 【区分】本人・被扶養者 【記 号】 () 【番 号】 ()	
加入医療保険 (妻)	【種別】市町村国保・組回国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【保険者名】 () 【区分】本人・被扶養者 【記 号】 () 【番 号】 ()		

過去にこの助成金を受けたことがありますか。

ない ・ ある → 過去 () 回受けた。 年 月頃

実 績 報 告 書	
受給者番号	*
交付申請額	*
交付決定額	*
婚姻関係を証する書類	* <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 住民票等により確認
不妊治療に係る証明書	* <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 提出済 (年 月 日)

注) 太枠の中をご記入下さい。

* 1 : 夫婦の住所を記入する。

* 2 : 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入する

◎申請の際に、印鑑と健康保険証をお持ちください。