

幸田町一般不妊治療費助成事業申請書

令和 年 月 日

（宛先）幸田町長

申請者 住所
氏名
電話番号

関係書類を添えて、下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

記

対象者		氏名（ふりがな）	生年月日
	夫	-----	年 月 日 (歳)
	妻	-----	年 月 日 (歳)
	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 () 【区分】本人・被扶養者	
	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 () 【区分】本人・被扶養者	
申請額	金 円（本人負担額の2分の1、1年度上限5万円）		

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
 助成金を受けた自治体は () 市・町・村

申請受理年月日		(承認・不承認)	
受給者番号		決定年月日	

注) 太枠の中について記入してください。

※1 夫婦の住所を記入してください。

※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に記入してください。