

日付は保健センター
へ来所・申請する日を
記入して下さい

記入例

令和 年 月 日

（宛先）幸田町長

口座名義人・請求者と同じ
+
幸田町に住民登録されて
いる方

申請者 住所 幸田町大字菱池字錦田84番地
氏名 幸田 太郎
電話番号 0564-62-8158

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	こうた たろう	昭和 ○年 ○月 ○日
		幸田 太郎	(○○歳)
	妻	こうた はなこ	平成 ○年 ○月 ○日
		幸田 花子	(○○歳)
	住所（※1）	〒444-0113 幸田町大字菱池字錦田84番地 電話 0564 (62) 8158	
住所（※2）	〒 - ※夫と妻が異なる場所に 住所を有する場合に記入 電話 ()		
加入医療保険（夫）	【種別】市町村国保・組国保・ 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・組国保・ 健保 ・共済・その他 () 【区分】本人・ 被扶養者		
申請額	金 金額は空白のままに してください 円（本人負担額の2分の1、1年度上限10万円）		

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 (1) 回受けた。(令和8) 年 (2) 月頃
助成金を受けた自治体は (幸田 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。