

江府町不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

江府町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

印

江府町不妊治療費助成金交付要綱第 4 条の規定により、次の事項に同意した上で、下記のとおり関係書類を添付して申請します。

なお、交付決定後は、交付決定額を請求します。

助成金の交付決定に際して、私と配偶者の戸籍等について調査することに同意します。

区分	氏 名		生 年 月 日	
夫			年 月 日(歳)※1	
妻			年 月 日(歳)※1	
住所	〒 電話			
夫婦の住所が異なる場合※2	(夫・妻) 〒 電話			
加入保険	保険種別		記号・番号	
	夫	国保・健保・共済・船員・その他 ()		
	妻	国保・健保・共済・船員・その他 ()		
過去の助成実績	有 ・ 無	⇒ 有の場合	町 () 回 鳥取県 () 回	
治療内容	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 保険と併用される先進医療 <input type="checkbox"/> 自費診療			
申請内容	特定不妊治療		一般不妊治療	
算定基準額 (自己負担額) ※3	円		円	
県助成額 ※4	円		/	
県助成申請年月日	年 月 日			
町助成上限額	円		円	
交付申請 (請求) 額	円		円	

※1 年齢は、今回申請する治療の開始日時点の年齢を記入してください。

※2 夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいいます。

※3 算定基準額 (自己負担額) とは、助成対象外経費 (入院費、食事代、凍結胚等の管理料など) を除いた自己負担額です。

※4 鳥取県不妊治療費助成金交付決定及び額の確定通知書に記載されている「交付決定額」となります。