様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

つるぎ町長　殿

申請者　住　所

氏　名

連絡先

つるぎ町こうのとり応援事業助成金申請書

つるぎ町このとり応援事業（生殖補助医療費助成事業）実施要綱第５条の規定により、次のとおり申請します。

	夫	妻
（ふりがな）		
氏　　名	印	印
生年月日	年　　月　　日（　　歳）	年　　月　　日（　　歳）
住　　所	〒	〒
電話番号		
申請額	金　　円	
【今回の治療を保険診療で受診した場合】 当該受診者の健康保険の限度額適用認定証の適用区分等	**◎限度額適用認定証の適用区分** （受診者ごとに、該当区分に　○　を記入してください。） □受診者が妻 ア・イ・ウ・エ・オ・不明 □受診者が夫 ア・イ・ウ・エ・オ・不明	□受診者が妻 認定証の発行年月日　年　月　日 認定証の有効期限　年　月　日 □受診者が夫 認定証の発行年月日　年　月　日 認定証の有効期限　年　月　日
他自治体における助成について	次の内容を確認いただき、該当される場合は□に✔を付けてください。 □本申請に係わる治療の費用について、他の自治体で助成を受けておらず、また、受ける予定はありません。	

私たち夫婦に関して次の確認行為がつるぎ町によって行われることに同意します。（※３）

（１）　私たち夫婦の住民票情報及び私たち夫婦に課されたつるぎ町の町税の納付状況の確認
（２）　医療機関に対する治療内容等の照会及び加入する保険者に対する健康保険限度額適用認定区分等の照会
（３）　つるぎ町以外の自治体への本申請に係わる情報の照会・提供

夫氏名　　印　　妻氏名　　印

（自署または記名押印）　　（自署または記名押印）

添付書類　【全員必須】

□　つるぎ町こうのとり応援事業（生殖補助医療【保険診療】受診等証明書（様式第２号）
□　医療機関発行の領収書及び治療明細書等の治療内容のわかる書類
□　保険者から高額療養費又は付加給付費を受けた場合、限度額適用認定証又は明細書等

【法律婚関係で夫婦別世帯】

□　戸籍謄本等（婚姻日の確認ができるもの）※

【事実婚関係】

□　事実婚関係に関する申立書（様式第３号）
□　両者の戸籍謄本等（重婚でないことが確認できるもの）※

※戸籍謄本等については、申請の日前３月以内に発行されたものの原本に限ります。

下欄には記入しないでください。

初回治療開始時の妻の年齢	歳	１回目	２回目	回目	回目	回目	回目	決　定 年月日	交付・不交付