様式第１号（第８条関係）

毛呂山町不妊治療費助成金交付申請書

年　　月　　日

毛呂山町長　あて

毛呂山町不妊治療費助成金交付要綱第８条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。また、助成要件確認のため町が保有する住民基本台帳等を確認すること並びに他の地方公共団体、当該申請に関する不妊治療を実施した医療機関及び申請者が加入している医療保険者に照会することに同意します。

<table>
<tr><td rowspan="6">申請者</td><td rowspan="3">夫</td><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日
（　　　　歳）</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>現　住　所</td><td></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">妻</td><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日
（　　　　歳）</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>現　住　所</td><td></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">今回の申請</td><td colspan="3">回目</td></tr>
<tr><td colspan="3">助成対象不妊治療の治療期間</td><td colspan="3">年　　月　　日　～　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>【特定不妊治療保険対象分】
高額療養費限度額　　　円</td><td>【先進医療費分】②
円</td><td>【男性不妊治療保険対象分】
高額療養費限度額　　　円</td></tr>
<tr><td>付加給付金等③　　　円</td><td></td><td>付加給付金等③　　　円</td></tr>
<tr><td colspan="3">申請額内訳
保険対象自己負担額（ひと月に高額療養費限度額の金額を超えた場合は、高額療養費限度額の金額）
年　　月　　　　円
年　　月　　　　円
年　　月　　　　円
年　　月　　　　円
年　　月　　　　円
年　　月　　　　円
年　　月　　　　円
年　　月　　　　円

①合計保険対象自己負担額　　　　円</td></tr>
</table>

添付書類

・実施医療機関が発行する不妊治療実施証明書（様式第２号）

・健康保険証及び限度額適用認定証

・助成金を受けようとする不妊治療に係る領収書及び診療明細書

・町税の滞納がないことの証明書