

特定不妊治療費（先進医療）助成申請書

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

また、本事業を利用するにあたり、小豆島町が私及び私と同一世帯に属する者に係る住民基本台帳の記録、課税状況について確認すること並びに不妊治療助成事業による助成金の交付状況について他の自治体へ照会することに同意します。

(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日		申請回数	
申請者		年 月 日 (歳)		今年度 () 回目	
配偶者		年 月 日 (歳)		通 算 () 回目	
事実婚の方はこちらにチェックをお願いします。(過去に事実婚で助成を受けた方を含む。) ☐					
※ 事実婚の方で同一世帯でない場合は、事実婚に関する申立書（第3号様式）の提出をお願いします。					
申請者住所	郵便番号 (-) 電話 ()				
配偶者住所 ※申請者と異なる場合のみ記入	郵便番号 (-) 電話 ()				
過去にこの助成金を受けたことがありますか。	☐ はい	1. 小豆島町での本事業の助成歴 ☐ あり ⇒ 通算 () 回 ☐ なし		県内他市町での本事業の助成歴 ☐ あり ⇒ 通算 () 回 ☐ なし	
		2. 今回の治療が2人目以降の特定不妊治療の場合、過去の助成回数のリセットを希望しますか。 ☐ はい ⇒ 出生日又は死産日 (年 月 日) ☐ いいえ			
	☐ いいえ				
(↓ 申請者及び配偶者が必ず自筆署名してください。 ↓)					
申請者氏名		配偶者氏名			
申 請 額		金		円	
年 月 日		小豆島町長 殿			
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	支店コード	店番号
	預金種別	普通 当座	(フリガナ) 口座名義人 (申請者と同じ)		()
	口座番号				

(注) 1 太枠の中を記入してください。

2 以下の書類を添付してください。

(1) 特定不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書（第2号様式）

(2) 利用した交通機関の領収書（切符等）

(3) 事実婚の場合は、事実婚関係に関する申立書（第3号様式）

(4) 高額療養費、付加給付を受けた場合は、その通知書の写し