

様式第1号（第6条関係）

阿賀町不妊治療費助成申請書

不妊治療費の助成について、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

- 助成要件確認のため、申請者の住民基本台帳、町税等の納税状況等の確認、医療機関、調剤薬局等へ必要事項を確認することについて同意します。

年 月 日

申請者 (夫)	ふりがな		生年 月日	年	月	日
	氏名			(歳)
	住所	阿賀町				
	連絡先					
申請者 (妻)	ふりがな		生年 月日	年	月	日
	氏名			(歳)
	住所	阿賀町				
	連絡先					
婚姻関係		<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 事実婚（両人の戸籍謄本及び事実婚の申立書を添付）				
振込先	銀行・信組 金庫・農協		支店 出張所		種別	普通 ・ 当座
					口座番号	
					フリガナ	
					口座名義人	

夫又は妻の名義の口座を記入

※次の書類を添付してください。

- ・ 阿賀町不妊治療受診等証明書(様式第2号)
- ・ 不妊治療を受けた医療機関等が発行する領収書及び診療明細書(原本)
- ・ 加入医療保険者資格情報が分かる書類の写し
- ・ 事実婚関係の場合は、両人の戸籍謄本、事実婚関係に関する申立書(様式第4号)
- ・ 外国籍を有する者には、外国人登録原票記載事項証明書
- ・ 国又は他の地方公共団体の助成を受けた場合、その決定通知書の写し
- ・ 高額療養費に該当する場合は、高額療養費等支給決定通知書