

様式第1号（第7条関係）

阿賀町不育症治療費助成申請書

不育症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 | 年 月 日 |
| | 氏名 | | 月日 | (歳) |
| | 住所 | 阿賀町 | | |
| | 連絡先 | | | |
| 申請者 (妻) | ふりがな | | 生年 | 年 月 日 |
| | 氏名 | | 月日 | (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 支店 金庫・農協 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。

- ・ 阿賀町不育症治療受診等証明書(様式第2号)
- ・ 不育症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)
- ・ 保険証の写し
- ・ 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
- ・ 新潟県不育症検査費用助成事業を利用された場合、検査費用、助成額がわかる書類