

様式第1号（第6条関係）

内子町特定不妊治療費（保険適用）助成事業申請書

関係書類を添えて特定不妊治療費（保険適用）の助成を申請します。

なお、本申請の審査に関し、申請内容の確認のため医療機関等へ照会・情報提供することに同意します。

(ふりがな) 氏 名		生年月日
夫	()	年 月 日 (歳)
妻	()	年 月 日 (歳)
夫の住所	電話	
妻の住所 (夫と異なる場合)	電話	
助成状況	☐ 今回申請する費用について、他自治体等において助成を受けていません。 ☐ 医療給付において、提出した書類以外は給付を受けていません。 ☐ 今年度、本助成を受けている（今年度の助成額合計： 円）	
申請額※	金 円（助成上限額：150,000円）	
申請者 氏名 _____ 年 月 日 内子町長 殿		

【添付書類】

- 1 特定不妊治療を実施した医療機関発行が発行する領収書と診療明細書
- 2 高額医療等の対象となった場合は、払戻しが分かる書類
- 3 申立書（事実婚の場合のみ）
- 4 その他町長が必要と認める書類

【注意事項】

- 1 文書料や入院に関する部屋代及び食事代は対象となりません。
- 2 申請者又は配偶者に町税の滞納がある場合は、助成金は交付されません。
- 3 必要な場合は、医療機関に照会させていただくことがあります。
- 4 年度内合計が上限額に満たさない場合は、追加申請ができます。

上記の者より助成金交付の申請があったので、下記の調査を依頼します。

年 月 日

税務課長 様

保健センター長

町税の滞納の有無	滞納なし 滞納あり
----------	-----------

町税納税状況は上記のとおりです。

年 月 日 税務課（担当： ）

事実婚に関する申立書

年 月 日

内子町長 様

私どもは、事実婚であることを申し立てます。
なお、不妊治療等の結果、出生した子について、認知を必ず行います。

妻	ふりがな 氏 名	生年月日
	住 所	
夫	ふりがな 氏 名	生年月日
	住 所	

※別世帯の理由（夫と妻が別世帯または別住所になっている場合に記入）

--