

久御山町不妊治療等助成金交付申請書

年 月 日

(あて先) 久御山町長

申請者  
住 所  
氏 名  
電話番号

不妊治療等助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

申請の種類	以下のいずれかにチェックしてください。					
	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療	<input type="checkbox"/> 人工授精	<input type="checkbox"/> 先進医療等(保険適用外)			
	<input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 男性不妊治療			
交付申請額	<input type="checkbox"/> 不育治療等					
受療者本人	住 所	久御山町				
	氏 名				住民となった日	年 月 日
	加入 医療保険	種別	国保・健保 共済・その他	保険者 番号	区分	本人・被扶養者
配偶者	氏 名					
過去の助成金 受給の有無	1 有	「有」の場合 過去に助成を 受けた自治体 及び助成額	自治体	時 期	助成額 (円)	
	2 無			年 月		
				年 月		
本申請により助成金の支給を受けるために、審査に必要な範囲で、夫婦の住民登録状況を調査すること及び住民基本台帳を閲覧することに同意します。						
署名						

振込口座	金融機関名	預金種目	口座番号	フリガナ
	銀行	普・当		口座名義人
	信用金庫 支店			
農 協 (店番 )				

保険薬局で投薬を受けた方は、医療機関の証明書とは別に薬局からの証明書を提出

添付書類(医療機関証明書 様式第2号)

治療費が高額療養費に該当する場合は申告が必要です。

医療機関の証明書等報告内容を京都府へ報告を行う事に関する説明書

この助成金は、限られた公費予算から支出を行っています。また、京都府からの補助金の交付を受け実施しており、公費の支出を検証するために必要な事項を京都府に対し報告します。なお、情報の取扱いには、十分留意し、プライバシーは厳守します。