

箱根町不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

箱根町長 様

箱根町不妊治療費助成事業実施要綱第6条に基づき、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

申請者	(ふりがな) 氏名	生年月日	年 月 日 () 歳
	加入保険者の名称 及び記号・番号	【種別】 国民健康保険・組合同保・建保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】 本人・被扶養者	
配偶者	(ふりがな) 氏名	生年月日	年 月 日 () 歳
	加入保険者の名称 及び記号・番号	【種別】 国民健康保険・組合同保・建保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】 本人・被扶養者	
住所	箱根町 電話 ()		
申請額	金 円	12か月を1期間とし、保険診療外の治療費の1/2、上限額5万円(1,000円未満の端数は切り捨てる)、2期間まで	
申請理由	<input type="checkbox"/> 妊娠したため(出産予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 1年間の治療期間が終了したため <input type="checkbox"/> その他 ()		
過去の助成状況	<input type="checkbox"/> 過去に箱根町の不妊治療の助成を受けたことがありますか。 ない・ある (1期の申請 年 月頃) <input type="checkbox"/> 他の公共団体での不妊治療の助成を受けたことがありますか。 ない・ある (年 月頃)、助成を受けた他の地方公共団体 ()		
振込先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫・信用組合	金融機関番号
	支店名	支店・出張所 本店	店番号
	口座番号		種別 普通
	名義人(カタカナ)		

同意書

箱根町不妊治療費助成金の額の算定のため、申請者世帯の住民登録記載事項の確認、箱根町における町税等の納付状況の確認、必要により医療機関・調剤薬局または保険者への問い合わせを、箱根町福祉部子育て支援課職員が行うことに同意します。

申請者氏名 _____