

箱根町不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

箱根町長 様

箱根町不育症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、上記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・組合国保・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・組合国保・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	1 治療期間ごとの保険診療外の治療費の 1/2 (1,000 円未満は切捨て)、1 治療期間及び 1 年度につき 30 万円限度	
申請理由	<input type="checkbox"/> 治療が終了し、出産に至ったため (年 月 日出生) <input type="checkbox"/> 治療途中で今回の妊娠が終了したため <input type="checkbox"/> その他 ()		
過去の助成状況	<input type="checkbox"/> 過去に箱根町の不育症治療の助成を受けたことがありますか。 ない・ある () 回受けている。 <input type="checkbox"/> 他市町村で不育症治療の助成を受けたことがありますか。 ない・ある () 年 () 月頃、助成を受けた市町村名 ()		
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

箱根町不育症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子育て支援課職員が行うことに同意します。

申請者氏名 _____

