

上板町こうのとり応援事業申請書

	申請者	配偶者（事実婚を含む）	
フリガナ 氏名			
生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）	
電話番号			
住所	〒 上板町	※異なる場合のみ記入 〒	
加入医療保険			
過去の助成状況	☐ 今回が初めて ☐ （ ）回目 いつ頃（ ）・市町村名（ ）		
他自治体における助成 について	次の内容を確認いただき、該当される場合は□に✓を付けてください。 ☐ 本申請に係る治療の費用について、他の自治体で助成を受けておらず、また受ける予定はありません。		
申請金額		限度額	
助成決定額 金 円 上記のとおり申請します。この申請書に伴い必要となる申請者及び配偶者の住民情報並びに町税等の納付状況について調査することに同意します。 なお、助成金の請求を担当課長に委任します。支払は、下記口座に振込みを依頼します。 令和 年 月 日 申請者 氏 名 配偶者 (夫又は妻が自署) 上板町長 殿			

（振込口座）

金融機関			支店・支所名	
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		
フリガナ				
口座名義人				

（注）太枠の中を御記入ください。

添付書類

- 1 上板町こうのとり応援事業（生殖補助医療「保険診療」）受診等証明書
 - 2 医療機関発行の領収書
 - 3 保険者が発行した高額療養費又は付加給付の明細書等
 - 4 戸籍謄本（1 回目のみ）
 - 5 住民票（事実婚関係にある場合）
- ※事実婚関係に関する申立書