様式第１号

不妊治療

大和町不妊治療費助成事業申請書

　関係書類を添えて次のとおり不妊治療費の助成を申請します。

　また、大和町が本申請の審査に関して関係機関に照会することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな | |  | | | | | | | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日生  　　（　　　　　　　　　歳） | | |
| 氏　　名 | | （　夫　・　妻　） | | | | | | |
| 現 住 所 | | 〒（　　　　－　　　　）　電話　　　　　（　　　　　　）  大和町 | | | | | | | | | |
| 配偶者 | ふりがな | |  | | | | | | | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日生  　　　　　（　　　　　　　　　歳） | | |
| 氏　　名 | | （　夫　・　妻　） | | | | | | |
| 現 住 所  ※申請者と異なる場合のみ記入 | | 〒（　　　　－　　　　）　電話　　　　　（　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 過去の助成歴等 | | | 大和町が実施しているこの事業の助成を受けたことがありますか。  □　ある　（　　　　　　　　回目）　　　　　□　ない | | | | | | | | | |
| 申請額 | | | 金　　　　　　　　　　　　　　　　　　円　（助成上限額：６０，０００円） | | | | | | | | | |
| 大和町長　様  　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名（自署）  　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 （口座名義人と同じ） | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | | 金融機関名  ※申請者の口座を記入 | 銀行・金庫  組合・農協  （　　　） | | | | | 本・支店名 | | | 本　店  支　店  出張所 | |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | | | フリガナ | | | | |  | |
| 口座名義人（申請者） | | | | |  | |
| 口座番号 |  |  |  | |  |  |  | |  | （右詰め記入） |
| 確認項目 | | 該当する内容の□にレ点を記入してください。  １　婚姻関係   * 法律婚 * 事実婚　（事実婚申立書が必要です。）   ２　確認項目（該当しない場合は助成の対象となりません）   * 今回申請する治療費用について、他の地方公共団体及び本町の他の事業による助成を受けていない | | | | | | | | | | |

【添付書類・チェックリスト】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | 申 請 書 類 | ☑ |
| １ | 大和町不妊治療費助成事業に係る受診等証明書（様式第２号）  ※夫婦が別の医療機関を受診した場合は、妻の受診等証明書と夫が受けた検査の領収書原本（明細書含む） | □ |
| ２ | ※夫又は妻が大和町民ではない場合  大和町民ではない方の住民票の写し（申請日から３か月以内に発行されたもの、続柄が省略されていないもの、個人番号（マイナンバー）の記載のないもの）（コピー不可） | □ |

　申請書類に不備や不足がある場合は、受付できないことがありますのでご留意ください。

**※必ず裏面もご確認ください。**（記入に係る注意事項について記載しています。）

令和７年４月～

《裏》

　【注意事項】

　※１　受診等証明書（様式第２号）の「患者負担（領収）額」と助成金上限額（６０，０００円）を比較し、

低い額を「申請額」欄に記入してください。

　※２　助成金給付決定（不給付決定）通知は、申請者の住所地に郵送します。

【申請書の提出先】

〒981-3680　大和町吉岡まほろば一丁目１番地の１

　　　　　　「大和町健康推進課母子保健係」宛て

【問合せ先】

　　　　　　大和町健康推進課母子保健係

　　　　　　　　TEL　０２２－３４５－４８５７

　　　　　　　　FAX　０２２－３４５－７２４０

　　　　　　　　kenkou@town.taiwa.miyagi.jp