

様式第2号（第6条関係）

砥部町妊娠前検査（不妊検査）費用助成金交付申請書

年 月 日

砥部町長 様

砥部町妊娠前検査（不妊検査）費用助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて次のとおり妊娠前検査費の助成を申請します。

氏 名（ふりがな）		生年月日		検査開始時の年齢
①申請者		S H	年 月 日	歳
住所・連絡先	〒 - 電話（ ） -			
氏 名（ふりがな）		生年月日		検査開始時の年齢
②パートナー		S H	年 月 日	歳
住所・連絡先	※①申請者の住所と異なる場合にのみ記載 〒 - 電話（ ） -			
以下該当する項目にレ点を記入してください				
助成状況	<input type="checkbox"/> 今回申請する検査費用について、他の自治体等において助成を受けていません。			

（添付書類）

- 所得状況・納付状況調査並びに住民基本台帳情報の閲覧に係る同意書（様式第3号）
- 砥部町妊娠前検査（不妊検査）費用助成事業受診等証明書（様式第4号）
- 医療機関が発行した領収書及び明細書（助成対象治療が含まれるもの）又はその写し
- 法律婚にあっては法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類
戸籍謄本（6月以内のもの）。※事実婚にあっては別途事実婚に関する申立書（様式第1号）を添付
- 住民票等夫婦の住所がわかる書類（町が公簿等で確認できる場合は省略可）
- 加入している健康保険証（被保険者証）の写し

（町記載欄）

申請受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
受給者番号		審査結果	承認 ・ 不承認
審 査	<input type="checkbox"/> 住民票 適 ・ 不適（定住日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 町税等の滞納 なし ・ あり（ ）		