

## 直島町不妊治療費助成申請書

年 月 日

直島町長 殿

申請者氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

区分	夫	妻
氏名 <small>(ふりがな)</small>	( )	( )
生年月日	昭・平 年 月 日生 ( 歳)	昭・平 年 月 日生 ( 歳)
加入 医療保険		
住所	〒 電話	
※1住所	〒 電話	
申請者 氏名	同意書 直島町が、申請事項確認のため住民基本台帳、外国人登録原票、町税納税状況等について、公簿等を閲覧し調査すること、また必要な場合医療機関に対して治療内容等を照会することに同意します。 夫氏名： _____ ㊟ 妻氏名： _____ ㊟	

※1 直島町外で居住している場合の住所（単身赴任等特別な事情が明らかな場合に限る。）

- 【添付書類】
1. 直島町不妊治療費助成受診等証明書（様式第2号）
  2. 医療機関が発行する治療に係る領収書
  3. 香川県助成事業の助成決定通知書の写し（該当者）
  4. 住所及び法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明する書類（続柄記載の住民票等）
  5. 納税証明書
  6. 直島町不妊治療交通費助成申請書
  7. その他町長が必要と認める書類