

斑鳩町生殖補助医療費助成金交付申請兼請求書

斑鳩町長 様

令和 年 月 日

申請者  
住 所  
氏 名  
電話番号

関係書類を添えて下記のとおり生殖補助医療費及び先進医療費の助成を申請及び請求します。

Table with columns for applicant details (夫/妻), contact info, insurance, and request amount.

※1 単身赴任等で夫婦が異なる場所に住所を有する場合等に記入してください。

- (注) 1 太枠の中を記入してください。
2 次に掲げる書類を添えて、町長に提出してください。

ただし②、③、⑤は第3号様式の同意書により町で確認することに同意する場合は、省略できるものとします。

- ①斑鳩町生殖補助医療費助成事業受診等証明書(第5号様式)、領収書
②戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書(事実婚の場合は、夫婦両人の戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書)
③住民票の写し(事実婚の場合は、夫婦両人の住民票の写し)
④事実婚の場合は、事実婚関係に関する申立書(第6号様式)
⑤町税等の納付を証明する書類
⑥健康保険資格を確認できるもの

◎申請の際に、マイナンバーカードをお持ちください。

Table for summary of insurance and medical costs, including columns for insurance type, amount, and application date.