

様式第1号（第4条関係）

マイベイベー支援事業助成金交付申請書

年 月 日

小鹿野町長 様

マイベイベー支援事業助成金の交付を受けたいので、小鹿野町マイベイベー支援事業実施要綱第4条第1項の規定により、次のとおり申請します。

また、申請内容を確認するため、町が保有する個人情報を利用し、治療内容等について関係機関へ照会することに同意します。

申請者	夫	フリガナ				生年月日	年 月 日							
		氏名				(年齢)	(歳)							
		現住所	〒											
		電話番号	【自宅・携帯・その他 ()】											
		加入医療保険	種別	☐ 国保 ☐ 健保 ☐ 船員 ☐ 共済 ☐ その他 ()	区分	☐ 本人 ☐ 被保険者								
	妻	フリガナ				生年月日	年 月 日							
		氏名				(年齢)	(歳)							
		現住所	〒											
		電話番号	【自宅・携帯・その他 ()】											
		加入医療保険	種別	☐ 国保 ☐ 健保 ☐ 船員 ☐ 共済 ☐ その他 ()	区分	☐ 本人 ☐ 被保険者								
申請内容	<table><tr><td>助成対象額（様式2号(C)）合計</td><td>円</td></tr><tr><td>埼玉県不妊治療助成金額</td><td>円</td></tr><tr><td>医療保険等からの給付金</td><td>円</td></tr><tr><td>交付を受けようとする助成金の額</td><td>円</td></tr></table>						助成対象額（様式2号(C)）合計	円	埼玉県不妊治療助成金額	円	医療保険等からの給付金	円	交付を受けようとする助成金の額	円
	助成対象額（様式2号(C)）合計	円												
	埼玉県不妊治療助成金額	円												
	医療保険等からの給付金	円												
	交付を受けようとする助成金の額	円												
添付書類	添付したものにチェック☑													
	☐ マイベイベー支援事業実施証明書 ☐ 治療費領収書 ☐ 事実婚関係に関する申立書 ☐ 町税の滞納のない証明書（夫と妻） ☐ 埼玉県不妊治療助成交付決定通知書（写）※申請している場合 ☐ 医療保険からの給付等を証明する関係書類（写）※給付されている場合													

職員記入欄

助成回数	回	埼玉県不妊治療助成交付決定通知の有無	☐ 有 ☐ 無
要件確認	☐ 婚姻関係 ☐ 住所		
助成内容	治療費支払額	円	助成対象額 円
決定内容	支給決定額	円	支給決定年月日 年 月 日