

(第1号様式)

中井町不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書兼請求書

中井町長 殿

下記のとおり、特定不妊治療費の助成を申請します。

年 月 日

| | | | |
|--|--|---------------------------------|--|
| 申請者 | (フリガナ) | 生年月日 | 昭和 年 月 日 |
| | ① | | 平成 (歳) |
| 配偶者 | (フリガナ) | 生年月日 | 昭和 年 月 日 |
| | | | 平成 (歳) |
| 住所 | 〒 中井町 | 電話番号 | () |
| 申請額 | 円 ※助成額は治療に要した医療費から、神奈川県助成額を控除した額が対象となり、15万円を上限にご申請ください。 | 申請回数 | 回目 (初回申請： 年度) ※中井町への申請状況をご記入ください |
| 他市町村からの特定不妊治療費助成の有無※該当するものに○印を付けてください。 | | | |
| 有 年 月 自治体名 () ※直近のものをご記入ください ・ 無 | | | |
| 助成金受領方法 | | 現金 ・ 口座振込み (振込先記入してください) | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・農協 本店・支店 信用金庫・信用組合 支所・出張所 | |
| | 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 |
| | 口座名義 | | |

なお、町民であること及び所得等を確認するため、関係機関に職員が確認することに
同意します ・ 同意しません

(以下は記入しないでください)

| | | | |
|----------------------|--|----------------|--|
| 申請受理年月日 | 年 月 日 | 申請番号 | |
| 中井町への 住民登録日 | (申請者) 年 月 日 | (配偶者) 年 月 日 | |
| | 夫及び妻が申請日に中井町に住所を有している。 | | |
| 本年度他の市町村から助成を受けていない。 | | | |
| 治療終了日における住所要件。 | | | |
| 前年 (前々年) の所得額 | (申請者) 円 | (配偶者) 円 | |
| | 合計 円 | | |
| | 町要綱に規定する所得要件を満たしている。 | | |
| 添付書類 | 神奈川県特定不妊治療費助成事業承認決定書の写し | | |
| | 神奈川県に提出した特定不妊治療費助成事業受診証明書の写し | | |
| | 神奈川県に提出した特定不妊治療に要した治療費 (保険外診療) の領収書の写し | | |
| | その他 | | |