

(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。

平成 年 月 日

申請者	(フリガナ)	生年月日	昭和 年 月 日	
	⑩		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、10万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	
今回の治療期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
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 信用金庫・信用組合		本店・支店 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)	(配偶者)	
	円	円	
	合計		円
夫及び妻の前年 (前々年) の所得の合計額が730万円未満である。			
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		