

(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。

令和 年 月 日

申請者	(フリガナ)	生年月日	昭和 年 月 日 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 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を満たしている。			
令和2年12月31日以前に終了した治療の場合、町要綱に規定する所得要件を満たしている。(令和3年1月1日以降に終了した治療の場合には所得要件廃止)			
添付書類	神奈川県の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		