

第1号様式（第6条関係）

中井町不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

中井町長 殿

中井町不育症治療費助成事業実施要綱第6条に基づき、不育症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	年 月 日 (歳)			
配偶者	(フリガナ)	生年月日	年 月 日 (歳)			
住所等	〒 中井町	治療費計	円			
	電話 ()		※保険診療対象外の治療費の合計を記入			
申請額	円		交付決定額	円		
	※治療期間内の治療費の1/2以内、1年度30万円を上限、申請額の1,000円未満は切り捨て			※記入しないでください		
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			
	フリガナ 口座名義					

(以下は記入しないでください)

中井町への 住民登録日	(申請者)	年 月 日	(配偶者)	年 月 日
	不育症治療等の期間に中井町に住所を有している。			
添付書類	不育症治療受診等証明書			
	領収書・診療報酬明細書			
申請番号		確認年月日	年 月 日 確認者 ()	