

(第1号様式)

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。

平成 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 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
	フリガナ 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	
	夫及び妻が不育症治療期間に中井町に住所を有している。		
前年(前々年) の所得額	(申請者) 円	(配偶者) 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	不育症治療受診等証明書		
	領収書・診療報酬明細書		
	町民であること、所得及び納税状況が確認できる書類 ※関係機関に職員が確認することに同意した場合は不要		