第１号様式（第６条関係）

中井町不妊治療（先進医療）費助成金交付申請書兼請求書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

中井町長　殿

不妊治療費のうち先進医療に要した費用について、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、申請内容の確認のため、公簿又は他の自治体や医療機関等へ照会することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  申請者  （請求者） | | |  | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日（　　　歳） | | | | | | |
|  | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | |
| 住所 | | | 〒  中井町 | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな  配偶者 | | |  | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日（　　　歳） | | | | | | |
|  | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | |
| 該当する内容に☑を記入してください。　→　□法律婚　　□事実婚（出生した子について認知を行う） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関 | | | | | 名　　称：  住　　所：  電話番号： | | | | | | | | | | |
| A | 先進医療に  要した費用 | | | | 円 | | | 別添受診等証明書（様式第２号）に  記載の先進医療費用の合計額 | | | | | | | |
| B | 助成金  申請額 | | | | 円 | | | A×7/10（1円未満切り捨て）  上限50,000円 | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | |  | | | | | | | | | | | |

（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 | |
| 夫及び妻が申請日に中井町に住所を有している。 | | | |  |
| 他の市町村から助成を受けていない。 | | | | | |  |
| 添付書類　　　□受診等証明書　　　□領収書及び明細書 | | | | | |  |
| 申請番号 |  | | 確認年月日 | 年　　月　　日　確認者（　　　　） | | |