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（　　　　） |