

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 <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。 → <input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 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 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 <input type="checkbox"/> 受診等証明書 <input type="checkbox"/> 領収書及び明細書						
申請番号			確認年月日	年 月 日 確認者 ()		