

不育症治療費助成交付申請書

年 月 日

内灘町長

- 1 関係書類を添えて下記のとおり、不育症治療費の助成を申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、所得調査等の確認を行うことに同意します。
- 2 本申請に係る治療に対し、他の地方公共団体の重複する助成を受けません。

申請者氏名_____印 (夫又は妻が自署又は記名押印)
(口座名義人と同一)

不育症治療に要した本人負担額 金_____円 申請金額 _____円
(本人負担額のうち、上限30万円)

注) 太枠の中をご記入下さい。

	氏 名 (フリガナ)	生年月日		
夫	()	年	月	日(歳)
妻	()	年	月	日(歳)
住 所(※1)	〒 (電話)			
住 所(※2) (夫・妻)	〒 (電話)			
振 込 先	金 融 機 関 名		支店名	
	預 金 種 別	普通 ・ 当座	口座番号	
	口 座 名 義 人 (申請者と同一)	フリガナ		

※ 治療期間が終了した翌日から起算して6か月を経過する日の属する月の末日までに申請してください。

※1：夫婦の住所を記入する。

※2：夫婦の住所が異なる場合に記入する。

(住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。)

《添付書類》

- 1 不育症治療医療機関受診等証明書
(保険薬局で投薬を受けた方は、薬局からの証明書と合わせて提出してください。)
- 2 医療機関が発行した領収書及び明細書
- 3 事実上の婚姻関係と同様の事情にある者については、その事情を申し立てる書面
- 4 戸籍謄本(6か月以内のもの)、住民票が必要な場合があります。

《その他》

振込先の情報が確認できるもの(通帳など)をご持参ください。