

大郷町不妊治療費助成事業申請書

関係書類を添えて次のとおり不妊検査費の助成を申請します。

また、大郷町が本申請の審査に関して関係機関に照会することに同意します。

申請者	ふりがな					昭和・平成	年	月	日生	
	氏名	(夫・妻)				()	(歳)	
	現住所	〒() 電話 ()								
配偶者	ふりがな					昭和・平成	年	月	日生	
	氏名	(夫・妻)				()	(歳)	
	現住所 <small>※申請者と異なる場合のみ記入</small>	〒() 電話 ()								
過去の助成歴等	過去にこの事業の助成を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある (回目) <input type="checkbox"/> ない									
申請額	金 円 (助成上限額:50,000円)									
大郷町長 様										
年 月 日										
申請者氏名(自署) _____ (口座名義人と同じ)										
振込先	金融機関名 <small>※申請者の口座を記入</small>	銀行・金庫 組合・農協 ()				本・支店名	本店 支店 出張所			
	預金種別	普通・当座		フリガナ						
	口座番号			口座名義人(申請者)						
確認項目	該当する内容の□にレ点を記入してください。 1 婚姻関係 <input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚 (事実婚申立書が必要です。) 2 確認項目(該当しない場合は助成の対象となりません) <input type="checkbox"/> 今回申請する治療費用について、他の地方公共団体及び本市(町村)の他の事業による助成を受けていない									

【添付書類・チェックリスト】

No	申請書類	☑
1	大郷町不妊治療費助成事業に係る受診等証明書(様式第2号) ※夫婦が別の医療機関を受診した場合は、妻の受診等証明書と夫が受けた検査の領収書原本(明細書含む)	<input type="checkbox"/>

申請書類に不備や不足がある場合は、受付できないことがありますのでご注意ください。

※必ず裏面もご確認ください。(記入に係る注意事項について記載しています。)

【注意事項】

- ※1 受診等証明書(様式第2号)の「患者負担(領収)額」と助成金上限額(50,000円)を比較し、低い額を「申請額」欄に記入してください。
- ※2 助成金給付決定(不給付決定)通知は、申請者の住所地に郵送します。

【申請書の提出先】

大郷町町民課こども健康室(保健センター内)

【問合せ先】

TEL:022-359-3030