

不妊治療費助成金交付申請書 (一般・特定・不育)

中之条町長 様

申請日		年 月 日		申請回数：第 回目		(前回申請： 年度)	
申請者	夫	署名(又は記名押印) 印		生年月日	年 月 日生 (歳)		
	妻	署名(又は記名押印) 印		生年月日	年 月 日生 (歳)		
	住所	〒 中之条町 電話番号 ()					
群馬県特定不妊治療費助成金受給の有無		有・無		不妊治療対象児		第 子	
不妊治療費等総額		円		治療に要した負担額の合計 ①			
群馬県特定不妊治療費助成申請額		円		群馬県特定不妊治療費助成金額 ②			
助成金申請額		円		① - ② 1,000円未満切り捨て ③ (上限 1年度180万)			
既助成金額		円		年度内助成金交付済額 ④			
年度内総計額		円		年度内助成額の合計(今回申請分含む) ③ + ④			
助成金の振込先	(フリガナ) 口座名義人		()				
(申請者いずれかの口座)	金融機関名		支店名				
	口座種別		普通・当座		口座番号		

ゆうちょ銀行の場合には、通帳をご持参ください

私は、中之条町不妊治療費助成金の交付に必要な事項として、次の事項について閲覧又は調査することに同意します。

1. 町税及び国民健康保険税の納入状況を閲覧すること。
2. 住民登録を閲覧すること。
3. 群馬県特定不妊治療費助成金の申請及び受給の有無について調査すること。

署名(又は記名押印) 夫 氏名 _____ 印
 署名(又は記名押印) 妻 氏名 _____ 印

添付書類	1 中之条町不妊治療費助成事業医療機関受診証明書(様式第2号)
	2 申請者の医療保険証の写し
	3 不妊治療費等の領収書(コピー不可)

町処理欄	受理日	年 月 日	交付決定日	年 月 日	交付決定額	円
	受付番号	交付・不交付				
	納付状況(滞納の有無)	有・無	印	住民登録	印	