

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	()	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	
助成金申請額	円	1,000円未満切り捨て (上限 1年度180万)	
既助成金額	円	年度内助成金交付済額	
年度内総計額	円	年度内助成額の合計 (今回申請分含む)	

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。

夫 氏名 署名(又は記名押印) 印
 妻 氏名 署名(又は記名押印) 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

