

別記様式第1号(第5条関係)

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 (申請者いづれかの口座)	(フリガナ)	()	
	口座名義人		
	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 申請者の加入している保険者から交付された資格確認書又は、電子資格確認書等の写し
	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