

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					不妊治療対象児 第 子
	電話番号	( )					
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 ずれかの口座)	(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
	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