

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		生年月日	年 月 日生 (歳)
	妻	署名		生年月日	年 月 日生 (歳)
	住所	〒 中之条町大字 電話番号			
他の制度での助成金受給の有無		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	
他制度による助成金額		円		他の補助制度による助成金額 ②	
既助成金額		円		年度内助成金交付済額	
助成金申請額		円		① - ② 1,000円未満切り捨て (上限 1年度180万)	

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		支店名	
	金融機関名		口座番号	
	口座種別		普通・当座	

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。

署名
夫 氏名 _____
署名
妻 氏名 _____

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(原本)・診療明細書
	4 他の制度で補助を受けた場合は、その補助額がわかるものの写し

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