

大井町不妊治療（先進医療分）費助成金交付申請書

年 月 日

大井町長 殿

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療（先進医療）の助成を申請します。
 なお、当該申請の不妊治療について、他の自治体から助成制度の適用を受けていません。
 また、助成金支払事務に当たり、助成対象者の住民基本台帳及び市税等の納税状況の確認、必要により領収書及び明細書の内容について医療機関、調剤薬局、保険者等への問い合わせ、助成金の交付状況について他の自治体への照会を行うことに同意します。
 申請に虚偽、その他不正な行為等があった場合は、助成金の全部又は一部の返還に同意します。

記

申請者	(ふりがな) 氏名	()	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)		
	住所	郵便番号 (-)	電話	()		
配偶者	(ふりがな) 氏名	()	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)		
	住所	郵便番号 (-)	電話	()		
事実婚の方はこちらにチェックをお願いします。（過去に事実婚で助成を受けた方を含む。） <input type="checkbox"/>						
先進医療に要した費用	金 円			受診等証明書（第2号様式）に記載の先進医療費用の合計		
助成金申請額	金 円			上段「先進医療に要した費用」に10分の7を乗じた金額。（1,000円未満の端数は切り捨て） 上限50,000円		
<input type="checkbox"/> 今回申請する先進医療に係る費用について、他の自治体等による助成金等の交付を受けていません。						
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所	支店コード	
	預金種別	普通 当座	(フリガナ) 口座名義人(夫婦いづれか)	()		
	口座番号					(左詰め記入)

- (注)1 太枠の中を記入してください。
 2 以下の書類を添付してください。
 (1) 大井町不妊治療（先進医療分）費助成事業受診等証明書
 (2) 保険医療機関の発行する領収書及び明細書（原本）
 (3) 町民であること、夫婦関係及び納税状況が確認できる書類
 （これらの書類のうち、申請者の同意を得た上で職員がその内容を確認できる場合、提出は不要）
 (4) 事実婚に関する申立書又は本町のパートナーシップ宣誓書受領証（事実婚で、住民票で夫婦関係が確認できない場合）
 (5) 助成金の振込先の口座番号等が確認できるもの

職員記入欄	
-------	--

決 定
年 月 日
承 認 ・ 不承認

申請受付日