

様式第1号（第6条関係）

不育症治療等費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大子町長 様

申請者（夫又は妻）

住所

氏名

Ⓜ

続柄

電話番号

不育症治療等費用助成金の交付を受けたいので、大子町不育症治療等費用助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、当該申請に係る交付の決定があったときは、次の金額を請求します。

	夫		妻	
氏名				
生年月日（年齢）	年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）	
住所 ※申請者と異なる場合に記入				
年度内助成の有無	有・無	有の場合：前回時期・回数（ 年 月 日・ 回目） 前回までの合計助成額（ 円）		
不育症治療等に要した費用（保険診療分を除く。）①			金	円
県助成金交付決定額②			金	円
交付申請（請求）額（①－②）			金	円
添付書類	(1) 不育症治療等医療機関証明書（様式第2号）（県助成金の交付を受けていない者） (2) 不育症治療等に要した金額を証明できる医療機関の発行する領収書の写し (3) 婚姻関係を証する戸籍の全部事項証明書（事実婚にあっては、二人の事実婚関係に関する申立書（様式第3号）） (4) 健康保険証等の写し (5) 茨城県不育症検査費助成金交付決定及び額の確定通知書の写し（県助成金の交付を受けた者） (6) 茨城県不育症検査費助成事業受診等証明書の写し（県助成金の交付を受けた者） (7) その他町長が必要と認める書類			
同意事項	不育症治療等費用助成金の交付事務にあたり、住民基本台帳及び町税等の納付状況の確認、また、医療機関証明書及び領収書の内容について医療機関への確認に同意します。 申請者自署			
金融機関名			支店名	
預金種目	普通・当座		口座番号	
フリガナ				
口座名義人				

【町記載欄】

婚姻	住民基本台帳の記録		町税の滞納	税務課
	夫・妻	有・無	有・無	