

様式第1号(第6条関係)

琴浦町不育症治療費等助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

琴浦町長 様

関係書類を添えて次のとおり不育症治療費等助成金を申請します。
 なお、交付決定後は、交付決定額を請求します。

記

申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名	Ⓜ	電話番号	
申請者の配偶者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	住所	〒 ※夫婦の住所が異なる場合に記入	電話番号	
過去の助成状況	なし あり ()			
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
検査内容又は治療内容				
算定基準額	円			
交付申請額	円			
交付審査上の承諾欄	<input type="checkbox"/> 私（申請者）及び私の配偶者の住所等を住民基本台帳で確認することを承諾します。			
	<input type="checkbox"/> 医療機関へ検査・治療内容等を照会する場合があることを承諾します。			
	<input type="checkbox"/> （夫婦の住所が異なる場合）配偶者の住所地へ同種の助成金申請の有無について照会する場合があることを承諾します。			

助成金が交付決定された場合は、下記の振込口座へ振り込んでください。

振込先	ふりがな		口座種別	普通 ・ 当座					
	口座名義人 (※申請者名義)		口座番号						
	金融機関名	銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所						

町記入欄	交付決定年月日 (請求年月日)	年 月 日	交付決定額	円
------	----------------------	-------	-------	---

<添付資料>

- 不育症治療に係る領収書の写し
- 琴浦町不育症治療実施医療機関証明書（様式第2号）
- 申請者の住所が確認できる書類（住民基本台帳等で確認できる場合は省略可）
- 夫婦であることが確認できる書類（住民基本台帳等で確認できる場合は省略可）
 - ・法律婚の場合：戸籍抄本など
 - ・事実婚の場合：戸籍謄本、申立書（様式第3号）