

愛川町特定不妊治療費助成申請書

年 月 日

愛川町長 殿

愛川町特定不妊治療費助成事業実施要綱第5条に基づき、必要書類を添えて申請します。

申請者	(フリガナ)		生年月日	年	月	日
	氏名	①		(歳)		
配偶者	(フリガナ)		生年月日	年	月	日
	氏名			(歳)		
住所	〒 ー 愛川町		電話番号	()		
申請額	円 ※助成額は治療に要した医療費から、神奈川県助成額を控除した額が対象となり、10万円を上限にご申請ください。		申請回数	回目 (初回申請: 年度) ※愛川町への申請状況をご記入ください。		
他市町村からの特定不妊治療費助成の有無 ※該当するものに○印を付けてください。 有 年 月 自治体名 () ※直近のものをご記入ください ・ 無						
振込先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫・信用組合		本店・支店 支所・出張所		
	預金種別	普通・当座	口座番号			
	口座名義					
納付状況等 調査の同意欄	助成金の交付決定にあたり、町職員が住民基本台帳及び夫婦の所得状況、町税の納付状況を確認すること、また、領収書の内容について医療機関に確認することに同意します。 申請者 ① 配偶者 ①					

(以下は記入しないでください。)

申請受理年月日	年 月 日	申請番号	
愛川町への 住民登録日	(申請者) 年 月 日	(配偶者) 年 月 日	
	夫及び妻が申請日に愛川町に住所を有している。		
本年度他の市町村から助成を受けていない。			
前年(前々年) の所得額	(申請者) 円	(配偶者) 円	
	合計 円		
	夫及び妻の前年(前々年)の所得の合計額が730万円未満である。		
添付書類	神奈川県特定不妊治療費助成事業承認決定書の写し		
	神奈川県に提出した特定不妊治療費助成事業受診証明書の写し		
	神奈川県に提出した特定不妊治療に要した治療費(保険外診療)の領収書の写し		
	(1月1日現在、町に住所を有していない時)夫婦の住民税課税(非課税)証明書		