

愛川町不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

愛川町長 殿

愛川町不育症治療費助成事業実施要綱第6条に基づき、証明書類を添えて次のとおり申請します。

申請者	(ふりがな)				加入医療保険の名称および記号・番号				
	氏名				記号	番号			
	生年月日	年	月	日 (歳)	【区分】本人 ・ 被扶養者				
配偶者	(ふりがな)				加入医療保険の名称および記号・番号				
	氏名				記号	番号			
	生年月日	年	月	日 (歳)	【区分】本人 ・ 被扶養者				
住所	〒 ー ー 愛川町			電話 () ※日中連絡可能な電話番号を記入					
申請回数	【初年度： ※愛川町への申請状況	回目 年度】	助成 状況	過去に不育症治療の助成を受けたことがありますか。 ある : () 回 年 月 頃 ・ なし 助成を受けた自治体名 : ()					
申請理由	<input type="checkbox"/> 治療が終了し出産に至ったため (年 月 日出生) <input type="checkbox"/> 治療途中で今回の妊娠が終了したため <input type="checkbox"/> その他 ()								
医療機関名	所在地 電話番号 ()								
申請額	円 ※助成額は、自己負担額の1/2で1年度の上限額が30万円								
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								
納税状況等 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 _____ 配偶者 _____								

(愛川町記載欄)

申請受理日	年 月 日	申請番号	
前年(前々年)の所得額	(申請者) 円	(配偶者) 円	合計 円
確認事項	<input type="checkbox"/> 夫及び妻が治療日及び申請日に愛川町に住所を有している <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> (配偶者が同一世帯でなく、本籍地が愛川町でない場合) 戸籍謄本または戸籍抄本 <input type="checkbox"/> (1月1日現在、愛川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 <input type="checkbox"/> 愛川町不育症治療受診等証明書 <input type="checkbox"/> 領収書の写し(原本に押印) <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書(保険外診療の金額が分かるもの) <input type="checkbox"/> 夫婦の健康保険証(名称・番号・記号の確認) <input type="checkbox"/> 夫婦の税の申告確認		