

様式第1号(第5条関係)

勝央町不育治療費助成事業助成金交付申請書

年 月 日

勝央町長 様

下記のとおり、不育治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、審査に当たり必要な場合は、住民基本台帳・町民税課税台帳、他の自治体から助成を受けていることについて確認されることを承諾します。

申請者	ふりがな			生年月日	年 月 日					
	氏名									
	住所	〒		電話番号						
申請者の配偶者	ふりがな			生年月日	年 月 日					
	氏名									
	住所	〒		電話番号						
婚姻年月日		年 月 日								
交付申請等		金 円 (第 回目)								
助成金振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農業協同組合 支所								
	口座番号 (右詰め)	普通・当座								
	(ふりがな) 口座名義人									
※口座名義人が、申請者以外の場合は下記にご記入ください。 私は、上記の口座名義人に不育治療費の助成金の受領について委任します。 年 月 日 (申請者) 氏名 印										

- 添付書類 ☐ 生殖医療専門医医療機関受診証明書(様式第2号)
☐ 不育治療実施医療機関受診証明書(様式第3号)(必要に応じて)
☐ 不育治療実施医療機関の発行する領収書及び明細書又は支払証明書の写し(該当ある場合のみ)
(法律上婚姻をしている方)
☐ 戸籍謄本
(事実婚関係にある夫婦)
☐ 事実婚関係に関する申立書(様式第4号)
☐ 夫婦それぞれの戸籍抄本

※窓口受付者記入欄 受付者：

住民票(1年以上)確認	☐ あり ☐ なし			受付印 又は 受付日
決定年月日	年 月 日	承認 ・ 不承認		
受給者番号				
医療機関支払額	円	領収書合計額	円	
勝央町決定額	円			

※他の市町村から、同種の助成金を受けている場合は、申請不可