

大井町不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）大井町長

大井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。
 なお、助成金支払事務にあたり、住民基本台帳及び夫婦の所得状況、町税等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を同意 します・しません

申請者	氏名（ふりがな） 昭和・平成 年 月 日生 (歳)		
	加入医療保険	【種別】国民健康保険・組国保・健保・共済・その他（ ） 【保険者番号】（ ）【区分】本人・被扶養者	
配偶者	氏名（ふりがな） 昭和・平成 年 月 日生 (歳)		
	加入医療保険	【種別】国民健康保険・組国保・健保・共済・その他（ ） 【保険者番号】（ ）【区分】本人・被扶養者	
住所	大井町	電話番号	
医療機関	名称 所在地	電話番号	
助成金申請額	金 円	本人負担額の1/2で1年度 の上限額が30万円	
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（ ）		
過去の助成状況	・過去に不育症治療の助成を受けたことがありますか。 ・ない・ある→過去、（ ）回受けている。 ・平成（ ）年（ ）月頃 ・助成を受けた市町村名 大井町・その他（ ）		
振込先	金融機関	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	（カナ）	

（町記載欄）

受理年月日	年 月 日	申請番号	
住民登録の確認	申請者	住民登録年月日	年 月 日
	配偶者	住民登録年月日	年 月 日
法律上の夫婦であることの確認		滞納がないことの確認	
前年(前々年)の所得	申請者	円	合計 円
	配偶者	円	
	夫婦の前年(前々年)の所得の合計が730万円未満である。		