

第1号様式

大井町特定不妊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

大井町特定不妊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、町税の納付状況などを職員が確認することに **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)	
配偶者	氏名 (ふりがな)		昭和・平成 年 月 日生 (歳)	
住所	(〒 -) 大井町		電話番号	
助成金申請額	金 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ます。		申請回数 回目	
今回の治療期間	年 月 日 ~		年 月 日	
過去に特定不妊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。 ・ () 年 () 月頃 ・助成を受けた市町村名 大井町・その他 () ・初めて助成を受けた時の治療期間の初日の妻の年齢は、(39歳以下 ・ 40歳以上 42歳以下)。				
振込先	金融機関	銀行・農協 本店・支店 信用金庫・信用組合 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	治療期間初日の妻の年齢が43歳未満であることの確認			
	滞納がないことの確認			
前年(前々年)の所得	申請者	円	合計	/
	配偶者	円	円	
	夫婦の前年(前々年)の所得の合計が730万円未満である。			
添付書類	神奈川県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書の写し			
	神奈川県に提出した特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し			
	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			