

様式第1号（第6条関係）

神川町不妊治療費（保険適用）助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

神川町長

次のとおり、標記助成事業における助成支給を申請（請求）します。

なお、申請及び受給に伴い、町税等の納付状況を担当する課及び当該申請に関する不妊治療を実施した医療機関に照会することに同意します。

申請者	夫	ふりがな					生年月日	昭和 平成	年	月	日
		氏名									
	現住所	〒								( ) 歳	
	電話番号	【自宅・携帯・その他( )】				—	—	*日中必ず連絡のとれる電話番号を記入			
妻	氏名	ふりがな					生年月日	昭和 平成	年	月	日
		氏名									
	現住所	〒								( ) 歳	
	電話番号	【自宅・携帯・その他( )】				—	—	*日中必ず連絡のとれる電話番号を記入			
不妊治療期間		年 月 日～ 年 月 日									
申請額		円									
申請状況		初年度目	2年度目	3年度目	4年度目	5年度目					
振込先	金融機関名	銀行 金庫 組合 本店 支店（支所） 出張所									
	預金の種類	普通 ・ 当座	フリガナ	(夫または妻の名義の口座を記入)							
		口座名義人									
口座番号	(口座番号は右詰記入)										

※太枠内を御記入ください。

事務局記入欄

申請受理 年月日	年 月 日			
要件確認	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 町税完納 <input type="checkbox"/> 領収証等 <input type="checkbox"/> 不妊治療実施証明書			
助成結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	助成対象額 円	支給決定額 円	承認・不承認年月日 年 月 日