

中能登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）中能登町長

中能登町不育症治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり、不育症治療費の助成を申請します。また、交付決定があった後は、交付決定された助成金を下記の口座に振り込んでいただきますよう請求します。

申請・請求者 氏名 _____ 印
 （口座名義人と同一）

◎交付申請金額・請求額 _____円

注）下記の注意事項をご一読のうえ、太枠の中をご記入下さい。

		夫	妻
氏名		()	()
生年月日（年齢）		年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
住所		〒 (電話)	〒 (電話)
1年前住所（※1）		〒	〒
過去1年間に居住した市町村（※2）		〒	〒
加入医療保険	保険者名称		
	保険者番号		
	被保険者証の記号及び番号		
	被保険者名		
	附加給付制度	有 ・ 無	有 ・ 無
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協 店	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号：
	(ふりがな) 口座名義人	(申請者と同一)	
1. 本申請の審査に必要な範囲で、住所及び所得調査等の確認を行うことに同意します。また、同意した調査で確認できない場合は、必要書類を提出します。 2. 本申請に係る治療に対し、他の市町村の助成を受けません。			
		申請者氏名 _____ 印	

注意事項

- ※1 助成を申請をしている最初の診療月の1年前の住所
- ※2 ※1以降に居住した市町村名

添付書類	備考
①不育症治療医療機関受診等証明書 (薬局で投薬を受けた方は、薬局からの証明書と合わせて提出してください)	
②戸籍上の夫婦であることを証明する書類 (戸籍謄本6箇月以内)	
③夫婦それぞれの前年の所得(前年の所得が確定するまでの間は前々年の所得)を証明する書類 (「所得金額」、「所得控除額」が記載された証明書)	町で確認できる場合は省略可
④夫婦それぞれの住所を確認できる書類 (住民票:続柄の記載があるもの)	町で確認できる場合は省略可
⑤医療機関が発行した治療費等の明細がわかる領収書	