

中能登町先進医療不妊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

中能登町先進医療不妊治療費助成実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり、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。

- ・本申請に係る助成対象に対し、他の自治体の助成を受けません。
- ・本申請の審査に必要な範囲で、住所等の確認を行うことに同意します。

申請・請求者 氏名 _____ ㊞

(口座名義人と同一)

◎交付申請金額・請求額 _____ 円

氏 名		生年月日	電話番号
(ふりがな) 申請者	()	年 月 日 (歳)	- -
① 住所	〒		
(ふりがな) パートナー	()	年 月 日 (歳)	- -
② 住所	※①住所と異なる場合にのみ記載 〒		
該当する内容にレ点を記入してください。 → <input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚 (出生した子について認知を行う)			
申請内容	A 先進医療に要した費用	円	※添付の先進医療不妊治療医療機関受診等 証明書の領収金額計と一致すること
	B 助成申請額(A×9/10)	円	

振 込 先			
金融機関名	銀行・信用金庫 農協・組合		本店 支店
種 別	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義人 (申請者と同一)	(ふりがな)		

(添付書類)

- 様式第2号 先進医療不妊治療医療機関受診等証明書
- 医療機関が発行した領収書及び明細書(助成対象治療が含まれるもの)
- 住民票等夫婦の住所がわかる書類(市町が公簿等で確認できる場合は省略可)
- 加入保険証の写し