

城里町不妊治療費（先進医療）助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

城里町長 様

____年度城里町不妊治療費（先進医療）助成事業について、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

	申請者	配偶者
フリガナ		
氏名	(夫・妻)	(夫・妻)
住所	茨城県東茨城郡 城里町	
電話番号		
生年月日	年 月 日(歳)	年 月 日(歳)
婚姻年月日	年 月 日	
治療開始年齢	歳	歳
申請状況	城里町で先進医療の助成金を受けるのは初めてですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ、過去に受けたことがあります →今回の申請は通算()回目 →助成を受けた後、出産はしましたか <input type="checkbox"/> はい(出産日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ	
助成対象治療費	<u>合計</u> _____ 円 (1回の治療につき、先進医療にかかった 医療保険適用外診療費用の合計)	
助成申請額	<u>金</u> _____ 円 ※上記金額と助成上限額(40,000円)のいずれか低い方の 金額を記入してください	
<input type="checkbox"/> 治療開始日において、夫又は妻のいずれかが1年以上城里町内に住所を有しています。		
<input type="checkbox"/> 審査に当たり、必要な範囲で住民基本台帳及び町税等の収納状況について、照会することに同意します。		

裏

振込先口座

金融機関名		本・支店名	
銀行・信用金庫 信用組合・農協・漁協		本・支店 本・支所 出張所	
口座種別	口座番号	口座名義(カタカナ)	
1 普通 2 当座			

※申請者名義の口座情報をご記入ください。

※添付書類

- 1 城里町不妊治療（先進医療）受診等証明書（様式第2号）
- 2 医療機関発行の領収証及び診療明細書の写し
- 3 振込先の通帳の写し等、口座情報がわかるもの