

奈義町不妊治療助成事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

奈義町長 様

関係書類を添えて下記のとおり、奈義町不妊治療助成事業助成金を申請します。
 なお、申請に当たり、助成対象者の資格について、確認することに同意します。

必須要件 夫婦のいずれか一方が申請日現在、奈義町に1年以上住所を有していること。				
申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名	(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。		
	住所	〒 ー	電話番号	
申請者の配偶者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒 ー	電話番号	
婚姻年月日 (入籍年月日)	年 月 日			
今回申請する治療費について高額療養費の限度額認定書をお持ちですか。				
はい ・ いいえ				
申請金額等	金 円			
振込指定 金融機関	名称	銀行 ・ 金庫 組合 ・ 農協	支店・支所	店 所
	種別	普通・当座	フリガナ	
	口座 番号		口座名義	

- 必要書類等 奈義町不妊治療助成事業受診証明書（様式第2号）
 医療機関の発行した不妊治療に係る領収書及び明細書の写し
 完納証明書

- 必要に応じて（法律上婚姻をしており、ご夫婦のご住所が異なる方）
 戸籍謄本（原本）
 （高額療養費限度額認定証を持っている方）
 高額療養費限度額認定証
 （高額療養費限度額認定証を持っていない方）
 健康保険証
 （その他）
 その他町長が必要と認める書類

※他の市町村から同種の助成金を受けている場合は申請不可