

様式第1号（第4条関係）

みなかみ町不妊治療費助成金交付申請書

みなかみ町長 様		申請日	年 月 日	
申請者	氏 名		生年月日	
	夫	印	年 月 日生	
	妻	印	年 月 日生	
住 所	〒379- 利根郡みなかみ町		電話 ()	
*助成金交付申請額		円		
		*治療（各医療保険の保険診療適用外の治療に限る）に要した夫婦負担額の2分の1（千円未満は切り捨て）を助成対象額とし、15万円を限度額とします。		
助成金 振込先	(ふりがな) 口座名義人 *申請者いずれ かの口座	金 融 機関名		
	預金種別	普通・当座	口 座 番 号	

同 意 書

上記申請のため世帯の戸籍及び納税状況等について確認することに同意します。

申請者 住 所 みなかみ町
氏 名

印

添付書類	1 みなかみ町不妊治療費助成事業 医療機関受診証明書(様式第2号) 2 医療保険証の写し 3 領収書(又はその写し)
------	--

※町 処理欄	申請受理日	年 月 日	交付決定 日	年 月 日
	受付番号			交付・不交付