

みなかみ町不妊治療費等助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

みなかみ町長 様

みなかみ町不妊治療費等助成事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。

申請者		氏 名	生年月日	
	夫		年 月 日生	
	妻		年 月 日生	
	住 所	〒 利根郡みなかみ町 電話 ()		
	住所(2) <small>単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合</small>	〒 (夫 ・ 妻) 電話 ()		
保険診療の有無		有 ・ 無		
治療に要した費用		円		
*助成金交付申請額		円		
		*1回の治療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、30万円を限度額とします。		
助成金振込先	(ふりがな) 口座名義人		金融機関名	
	<small>(上記申請者のうち町内に住所がある者)</small>		支店名	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	

同 意 書

上記申請の審査にあたり、みなかみ町の公簿等により住所、婚姻関係及び町税等の滞納状況について調査を行うことに同意します。

申請者 住 所 みなかみ町
氏 名 _____

添付書類	1 みなかみ町不妊治療費等助成事業医療機関受診証明書(様式第2号の1)及び必要に応じて保険薬局受診証明書(様式第2号の2) 2 医療保険証の写し 3 領収書及び診療報酬明細書(又はその写し) 4 その他 ①法律上の婚姻関係にない場合は、事実婚申立書を添付する。 ②単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合で、みなかみ町の公簿等により住所、婚姻関係及び滞納等の状況が確認できないときは、必要に応じて当該夫婦のうち住民登録が町外にある者の住民票の写し、戸籍謄本及び町税等の滞納がないことを証する書類を添付する。
------	---

※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