第１号様式（第６条関係）

開成町不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

年　　 月　　 日

（あて先）開成町長

開成町不育症治療費助成事業実施要綱第６条に基づき、証明書類を添えて次のとおり申請します。

なお、助成金支払事務にあたり、住民基本台帳及び夫婦の所得状況、町税の納付状況を確認すること、また、領収書の内容について医療機関に確認することを**同意**　　**します・しません**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏名（ふりがな）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | 昭和・平成　　　 年　　 月 　　日生  （ 　　　歳） | | | | | | | |
| 加入医療保険 | | 【種別】国民健康保険・組合国保・健保・共済・その他（　　　　　　　　　 ）  【保険者番号】（　　　　　　　　　　 ）【区分】本人・被扶養者 | | | | | | | | | | | |
| 配偶者 | 氏名（ふりがな） | | | | | | 昭和・平成 　　　年　　 月　　 日生（ 　　　歳） | | | | | | | |
| 加入医療保険 | | | 【種別】国民健康保険・組合国保・健保・共済・その他（ 　　　　　　　　）  【保険者番号】（　　　　　　　　　　 ）【区分】本人・被扶養者 | | | | | | | | | | |
| 住　所 | | | | 開成町 | | | | | 電話番号 | | | | | |
| 医療機関 | | | | 名称  所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | |
| 助成金申請額 | | | | 金 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | 本人負担額の１／２で１年度  の上限額が３０万円 | | | | | |
| 申請理由 | | | | □ 治療が終了し、出産に至ったため（ 　　　　年 　　月 　　日出生）  □ 治療途中で今回の妊娠が終了したため  □ その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 過去の  助成状況 | | | | ・過去に不育症治療の助成を受けたことがありますか。  ・ない・ある→過去、（　　　 ）回受けている。  ・平成（　　　 ）年（ 　　） 月頃  ・助成を受けた市町村名　 開成町・その他（　　　　　　　　　　　　 ） | | | | | | | | | | |
| 振込先 | | 金融機関 | | 銀行・農協　　　　　　　　　　　　　　本店・支店  　　　　　　　　　　　 　信用金庫・信用組合 　　　　　　　　　　支所・出張所 | | | | | | | | | | |
| 預金種別 | | 普通・当座 | 口座番号 |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 口座名義 | | （カナ） | | | | | | | | | | |

（町記載欄）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受理年月日 | 年　　　月　　　日 | | | 申請番号 | |  | |
| 住民登録の確認 | 申請者 | 住民登録年月日　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | |  |
| 配偶者 | 住民登録年月日　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | |  |
| 法律上の夫婦であることの確認 | | |  | | 滞納がないことの確認 | |  |
| 前年(前々年)の所得 | 申請者 | 円 | | | 合計　　　　　　　　　　円 | |  |
| 配偶者 | 円 | | |
| 夫婦の前年(前々年)の所得の合計が７３０万円未満である。 | | | | | |  |