

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。

申請者	氏名（ふりがな）		年 月 日生 ( 歳)	
	加入医療保険	国民健康保険・被用者（本人）・被用者（家族）・その他（ ）		
配偶者	氏名（ふりがな）		年 月 日生 ( 歳)	
	加入医療保険	国民健康保険・被用者（本人）・被用者（家族）・その他（ ）		
住 所				電話番号
医療機関		名称 所在地		電話番号
助成金申請額		円		本人負担額の1/2で1年度の上限額が30万円（千円未満切捨て）
申請理由		<input type="checkbox"/> 治療が終了したため <input type="checkbox"/>		
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。 ( )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 信用金庫・信用組合		本店・支店 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	
治療終了日から1年以内の申請であることの確認				
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。			