

岩美町不育検査治療費助成金申請書兼請求書

岩美町長

様

住所

氏名

岩美町不育検査治療費助成金を下記のとおり受けたいので、関係書類を添えて申請及び請求します。
尚、助成金は、岩美町公金振込口座に振り込んでください。

また、以下の内容について、同意します。(同意の場合は☑)

- この度の治療について、他の市町村において同種の助成金の給付を受けていません。
- 必要な場合は、医療機関や他の地方公共団体へ照会することに同意します。
- 本助成金の交付審査にあたり、私及び配偶者の住所等を住民基本台帳で確認することに同意します。
(岩美町に住民登録のある場合のみ。)

記

	(ふりがな) 氏名	生年月日
夫		年 月 日
妻		年 月 日
住所	〒 電話() -	
夫婦の住所が異なる場合(※1) (夫・妻)	〒 電話() -	
過去の助成受給の有無	助成なし・助成あり 岩美町から()回 ----- 他自治体()から()回	
検査治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
検査内容又は治療内容(※2)		
医療機関支払額(※3)	円	
助成対象不育治療費(※4)	円	
助成金申請額(※5)	円	

- ※1 夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいいます。
- ※2 岩美町不育検査治療実施医療機関証明書に記載されている「検査内容又は治療内容」となります。
- ※3 領収書の額となります。
- ※4 岩美町不育検査治療実施医療機関証明書に記載されている「領収金額」となります。
- ※5 本町の助成金の額は、助成対象不育治療費の全額となります。
ただし、上限額は1年度につき10万円、通算5か年度となります。

〈添付書類〉

- 1 夫及び妻の住所を確認できる書類
- 2 法律上の婚姻関係もしくは事実婚関係にある夫婦であることを証明できる書類
- 3 岩美町不育検査治療実施医療機関証明書
- 4 不育検査治療等に係る医療機関の発行した領収書(内容を確認後、原本をお返しします。)
1~2については、町がその内容を確認できる場合は、省略できます。

* 以下は記入しないでください。

申請受理年月日		決定年月日(承認・不承認)	
受給者番号			