

不育治療費助成事業申請(請求)書

申請先 熊取町長

関係書類を添えて、下記のとおり不育症治療費の助成を申請(請求)します。

不育治療費助成事業実施要綱第2条に規定する対象者の要件に該当するかを判断するため、住民基本台帳等を照会すること及び本申請書記載事項についての状況確認が必要な場合や、助成の適否を判断するために必要な場合は、他の自治体へ照会することについて同意します。

申請者	ふりがな						生年 月日																
	氏名	印						年	月	日生(満	歳)												
	住所	〒 -					電話番号 ()																
配偶者	ふりがな						生年 月日																
	氏名	印						年	月	日生(満	歳)												
	住所	〒 -					電話番号 ()																
医療保険種別	本人	保険者番号				配偶者	保険者番号																
		保険者名称					保険者名称																
		記号・番号					記号・番号																
申請金額	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">金</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> </table> (上限20万円)										金												円
金												円											
熊取町での不育治療助成実績	年度()回			年度()回			年度()回			年度()回			通算()回										
振込先口座(申請者名義)	金融機関名						銀行 信組 信金 農協	支店 出張所名	本店 支店 出張所														
	預金種別	普通 当座		ふりがな □座名義人																			
	□座番号								(左詰記入)														

町記入欄

住民登録の有無	申請者 有・無 / 配偶者 有・無				法律上の婚姻関係の有無			有・無		
妻の年齢要件	該当・非該当				所得要件		該当・非該当			
助成対象治療費					円	助成金額				円