

様式第1号(第6条関係)

## 豊郷町不育症治療費助成金交付申請書

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します。

記

年 月 日

夫	フリガナ	生年月日	年 月 日 ( 歳)		
	氏名				
妻	フリガナ	生年月日	年 月 日 ( 歳)		
	氏名				
住所	豊郷町大字 電話番号 ( ) [ 夫・妻 ]				
住所(※1)	单身赴任等で夫または妻が住所が異なる場合等に記入してください。 電話番号 ( ) [ 夫・妻 ]				
過去にこの不育症治療費の助成を受けたことがありますか。					
申請回数: 回目					
ない・ある →					
①( ) 年度 豊郷町・他市町( )					
②( ) 年度 豊郷町・他市町( )					
③( ) 年度 豊郷町・他市町( )					
④( ) 年度 豊郷町・他市町( )					
⑤( ) 年度 豊郷町・他市町( )					
*助成限度回数は、初めて助成を受けた際の治療開始日の妻の年齢から、40歳未満が6回、40歳以上43歳未満が3回となります。					
豊郷町長 宛					
この助成金は、一夫婦あたりの支給額の上限が決められています。助成の適性を判断する為に必要な場合、本町以外の自治体に対する本申請に係る情報の照会および提供、ならびに指定医療機関に対して治療内容等の照会を行うことについて同意します。					
申請者氏名 _____					
申請額① 保険適用内	1年度あたり50,000円上限		申請額② 保険適用外	1年度あたり100,000円上限	
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫・農協		フリガナ	
	支店名	本店・支店・出張所		口座名義人	
	預金種別	普通・当座		申請者と必ず同じ者に統一すること。	
	口座番号			右詰記入	

(添付書類)

- 1 豊郷町不育症治療費助成事業受診証明書(様式第2号)
- 2 住民票等による夫婦の確認および豊郷町納付金の納付状況調査の同意書(様式3号)
- 3 不育症の検査(保険診療分・保険外診療分)、治療(保険診療分)の領収書
- 4 豊郷町税の完納証明書または非課税証明書(夫婦のいずれかが豊郷町外に住所を有する場合、住所を有する市町村の完納証明書または非課税証明書)

下記は記入しないでください。

单身赴任者等 確認欄	豊郷町・豊郷町外[ ]					
経費所有額	保険適用内	円	保険適用外	円	合計	円
町交付決定金額	保険適用内	円	保険適用外	円	合計	円
特記事項						