

夫婦が別居しているときは、寒川町在住の人を「申請者」としてください。

不妊治療費(先進医療分)助成金交付申請書

令和〇〇年〇月〇日

(先進医療分)助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請者 (請求者)	(フリガナ)氏名 applicants: 寒川 太郎	生年月日 (年齢)	H〇〇年〇月〇日 (〇〇歳)
	住所 〒253-0106 寒川町宮山〇〇番地	電話番号	090-xxxx-xxxx
配偶者 (パートナー)	(フリガナ)氏名 applicants: 寒川 花子	生年月日 (年齢)	H〇〇年〇月〇日 (〇〇歳)
	住所 〒 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号	080-xxxx-xxxx
婚姻の届出	<input checked="" type="checkbox"/> あり (法律婚) <input type="checkbox"/> なし (事実婚)		
先進医療に要した費用	200,000 円		※寒川町不妊治療(先進医療)受診等証明書(第2号様式)に記載の「先進医療に要した費用」を記入
助成金申請額	50,000 円		※上段「先進医療に要した費用」に10分の7を乗じた金額(1,000円未満切捨て) 上限50,000円

【同意欄】助成金の申請を行うに当たり、次のことに同意します。

(次の各項目を確認いただき、必ず、にチェック(レ)のうえ、申請者・配偶者(パートナー)欄に署名してください。)

<input checked="" type="checkbox"/>	先進医療に係る費用の助成について、他の自治体から助成金等の交付を受けておらず、また町長が必要に応じて、他の自治体と情報共有することに同意します。
<input checked="" type="checkbox"/>	町長が住民基本台帳及び町税等の納付状況を確認すること、また必要に応じて、医療機関、調剤薬局、保険者等の関係機関に必要な情報を確認することにそれぞれ同意します。
<input checked="" type="checkbox"/>	申請に虚偽、その他不正な行為等があったと判明した場合には、助成金を町長に返還することに同意します。
申請者署名	配偶者(パートナー)署名
寒川 太郎	寒川 花子

【助成金振込先口座】※申請者名義の口座を記入してください。

金融機関名	△△ 銀行 信用金庫 農業協同組合	口座種別	普通	口座番号	1234567
支店名	△△ 本店	支店	当座	口座名義	※カタカナで記入 サムカワ タロウ

※【町事務処理欄】

申請受理年月日	交付・不交付決定年月日(請求日)	交付決定額(請求額)
		円
備考		