

第1号様式（第6条関係）

年 月 日

（あて先）寒川町長

申請者 住 所 寒川町 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

寒川町不育症治療費助成金交付申請書

寒川町不育症治療費助成金交付要綱第6条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、町長が、町が保管する公募等により、審査に必要な事項を確認することについて同意します。

申請者名	フリガナ 年 月 日生（ 歳）		
配偶者名	フリガナ 年 月 日生（ 歳）		
住 所	（〒 - ） 寒川町 電話 （ ）		
加入医療保険（夫）	【種別】国民健康保険・組回国保・健保・共済・その他（ ） 【保険者番号】 【区分】本人・被扶養者		
加入医療保険（妻）	【種別】国民健康保険・組回国保・健保・共済・その他（ ） 【保険者番号】 【区分】本人・被扶養者		
医療機関名	住所 電話 （ ）		
助成金申請額	本人負担額の1/2で上限額20万円 円（千円未満切捨）		
申請理由	<input type="checkbox"/> 治療が終了し、出産に至ったため（ 年 月 日生） <input type="checkbox"/> 治療途中で今回の妊娠が終了したため <input type="checkbox"/> その他（ ）		
振込先口座	金融機関名	銀行 金庫 組合	種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座番号		口座名義人（カタカナ・申請者名義）
※以下町記載欄			
受理年月日	決定・不交付年月日	決定金額	
		円	
住民登録	婚姻	納税状況	

（添付書類）

- 1 不育症治療医療機関等証明書（第2号様式）
- 2 医療機関の発行する領収書