

山元町不妊治療費助成事業申請書

不妊治療費助成事業の申請をしたいので、山元町不妊治療費助成事業実施要綱第4条第4号に基づき、公共料金の納入状況を確認することに同意し、また、本申請の審査に関し、必要事項について関係機関に照会することに同意し、申請します。

申請者	ふりがな			昭和・平成		年	月	日生
	氏名	(夫・妻)		(				歳)
	現住所	〒() 電話 ()						
配偶者	ふりがな			昭和・平成		年	月	日生
	氏名	(夫・妻)		(				歳)
	現住所 ※申請者と異なる 場合のみ記入	〒() 電話 ()						
過去の助成歴等		山元町が実施しているこの事業の助成を受けたことがありますか。 ☐ ある (回目) ☐ ない						
申請額		金 円 (助成金上限額:50,000円)						
山元町長 殿								
年 月 日								
申請者氏名(自署) _____ (口座名義人と同じ)								
振込先	金融機関名 ※申請者の口座 を記入	銀行・金庫 組合・農協 ()		本・支店名		本店 支店 出張所		
	預金種別	普通・当座		フリガナ				
	口座番号			口座名義人(申請者)				
確認項目	該当する内容の□にレ点を記入してください。							
	1 婚姻関係 ☐ 法律婚 ☐ 事実婚 (事実婚申立書が必要です。) 2 確認項目(該当しない場合は助成の対象となりません) ☐ 今回申請する治療費用について、他の地方公共団体及び本町の他の事業による助成を受けていない							

【添付書類・チェックリスト】

No	申請書類	☒
1	山元町不妊治療費助成事業に係る受診等証明書(様式第2号)	☐
2	医療機関が発行する当該治療に係る領収書の原本	☐
3	その他町長が必要と認める書類	☐

申請書類に不備や不足がある場合は、受付できないことがありますのでご注意ください。

※必ず裏面もご確認ください。(記入に係る注意事項について記載しています。)

【注意事項】

- ※1 受診等証明書(様式第2号)の「患者負担(領収)額」と助成金上限額(50,000円)を比較し、低い額を「申請額」欄に記入してください。
- ※2 承認決定通知書又は不承認決定通知書は、申請者に郵送します。