

広野町不育症治療費助成事業補助金交付申請書

年 月 日

広野町長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印

下記のとおり広野町不育症治療費助成事業補助金の交付を受けたいので、広野町不育症治療費助成事業補助金交付要綱第6条の規定により関係書類を添えて申請します。

項目	(ふりがな) 氏 名	生年月日						
夫	()	年 月 日 (歳)						
妻	()	年 月 日 (歳)						
住 所	〒 _____ 連絡先							
(夫と妻の住所が異なる場合には、本欄にも記入のこと)	〒 _____ 連絡先							
同意欄	<p>【添付書類は次の同意により省略できる場合があります。希望する方は記載してください。】</p> <p>不育症治療費の補助金交付の申請にあたり、交付の決定に関して必要な住民情報及び課税資料情報等の情報を閲覧し確認することを承諾します。また、交付の適正を図るために必要な場合は、他の地方自治体に情報の照会、提供をすること及び医療機関等に受診等証明書の内容を照会することについて同意します。</p> <p>氏名(夫) _____ 印 (妻) _____ 印</p>							
交付申請額	<p>③欄は、不育症治療のうち、①から②を差し引いた額に2分の1を乗じた額と15万円とを比較して少ない方の額（千円未満は切り捨てる）を記載してください。</p> <table border="1"> <tr> <td>①不育症治療費支払額</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>②福島県不育症治療費助成金額</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>③広野町不育症治療費助成事業補助金申請額【(①-②)×1/2の額と15万円を比較して少ない方の額（千円未満は切り捨て）】</td> <td>円</td> </tr> </table>		①不育症治療費支払額	円	②福島県不育症治療費助成金額	円	③広野町不育症治療費助成事業補助金申請額【(①-②)×1/2の額と15万円を比較して少ない方の額（千円未満は切り捨て）】	円
①不育症治療費支払額	円							
②福島県不育症治療費助成金額	円							
③広野町不育症治療費助成事業補助金申請額【(①-②)×1/2の額と15万円を比較して少ない方の額（千円未満は切り捨て）】	円							

過去に受けた広野町の補助の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り（年度 ） （回数 ）		
振込先	金融機関名	銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	(フリガナ) 口座名義人
	口座番号		

(町記入欄)

申請受理年月日	(交付・不交付) 決定年月日						
	受給者番号						

(添付書類)

- (1) 福島県不育症治療費助成事業承認決定通知書の写し
- (2) 福島県不育症治療費助成事業受診等証明書の写し
- (3) 広野町不育症治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）
- (4) 不育症治療を受けた医療機関発行の領収書（院外処方に係る薬局の領収書を含む。）又は写し
- (5) 保険者が発行した高額療養費又は附加給付の明細書の写し
- (6) 夫及び妻の戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書（外国人にあっては、公の機関が発行した書類（法律上の婚姻をしていることが確認できるものに限る。））
- (7) 居住実態を確認できるもの及び住民票等住所を確認できる書類
- (8) 第3条第2号に規定する滞納及び債務がないことを確認できる書類
- (9) 妻の健康保険証の写し
- (10) その他町長が必要と認める書類