様式第１号（第５条関係）

利根町不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

利根町長　様

標記助成金の交付を受けたいので，関係書類を添えて以下のとおり申請します。

妻	(フリガナ) 氏　　名	(　　) （署名又は記名押印）
	生年月日	年　　月　　日生　　治療開始日の年齢（　　）歳
	住　　所	〒
	電話番号	
夫	(フリガナ) 氏　　名	(　　) （署名又は記名押印）
	生年月日	年　　月　　日生
	住　　所	□妻と同じ 〒
	電話番号	
婚姻年月日		年　　月　　日　　□事実婚（戸籍謄本及び申立書を添付）
申　請　額		円　　※助成上限額と治療費の自己負担額を比較して低い方の額

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		本店・支店 出張所
	預 金 種 別	普通・当座	フリガナ 口座名義	
	口 座 番 号			（左詰記入）

□この申請に係る不妊治療について，利根町以外の地方公共団体の助成は受けていません。
□治療開始日から申請日までの間，引き続き夫婦のいずれか一方が利根町内に住所を有しています。
□申請日以降も１年以上引き続き利根町内に住所を有する意思があります。
□助成金の交付の審査に際し，住民基本台帳及び町税の納付状況について，町が公簿等により確認することに同意します。

年　　月　　日　　署名（自署）妻
年　　月　　日　　署名（自署）夫

※添付書類
1　利根町不妊治療費医療機関受診等証明書（様式第２号）
2　不妊治療に要した金額を証明できる保険医療機関発行の領収書及び明細書の原本
3　その他関係書類（必要時）
・住所及び婚姻関係を証する住民票記載事項証明書又は戸籍の全部事項証明
・上記書類により婚姻関係を確認できない外国人住民にあっては，婚姻関係を確認できる文書及び訳文
・事実婚関係にある場合は，事実婚関係に関する申立書（様式第３号）

町記入欄	申請受理年月日	年　　月　　日	(承認・不承認)決定年月日	年　　月　　日
	住民となった日	夫：　　年　　月　　日　妻：　　年　　月　　日		町税滞納：　有　・　無
	今回治療開始時妻年齢：　　歳(43歳以上は対象外)			町への申請回数：　　回目
	初回治療開始時妻年齢：　　歳	□40歳未満→(先進医療)通算６回まで □40歳～42歳→(先進医療)通算３回まで □40歳～42歳→４・５回目の生殖補助医療		□保険診療による治療実施回数：通算　　回目 □保険適用回数上限到達
	支給決定額　　円	備考		