

別 記

第1号様式 (第5条第1項)

年 月 日

栄町長 様

栄町不妊治療費等助成金交付申請書兼請求書

不妊治療費等助成金の交付を受けたいので、栄町不妊治療費等助成金交付規則第5条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請の上、請求します。

なお、私達は、栄町以外からこの規則と同趣旨の助成を受けていないことを誓約します。

1 申請者の氏名等

申請者	フリガナ		電話	
	氏名			
	生年月日	年 月 日 ( 歳)		
	住所			
配偶者	フリガナ		電話	
	氏名			
	生年月日	年 月 日 ( 歳)		
	住所			
請求額			円	

添付書類

- (1) 栄町不妊治療費等助成に関する証明書 (同規則別記第2号様式)
- (2) 領収書及び明細書その他の不妊治療又は不育症治療に要した費用を証する書類
- (3) 高額療養費、医療付加金等についての証明書 (同規則別記第3号様式) 又は高額療養費の支給又は付加給付を受けていることを証する書類
- (4) 被保険者証その他の被保険者等であることを証する書類の写し
- (5) 預金通帳その他の助成金の振込先として指定する金融機関の口座を確認することができる書類の写し
- (6) 事実婚関係にある夫婦にあつては、事実婚に関する申立書 (同規則別記第4号様式)
- (7) その他町長が必要と認める書類 ( )

2 同意事項

同意書	
私達は、助成金の交付の可否の決定に当たり、栄町が保有する私達の戸籍に関する情報、住所に関する情報及び町税の納付状況に関する情報について、栄町職員が調査することに同意します。	
申請者氏名	_____
配偶者氏名	_____
(自署又は記名押印)	

3 不妊治療費等助成金の交付が決定した場合の振込先

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫・農協		本店・支店・支所			
	預金種別	普通	当座	口座番号			
	フリガナ						
	口座名義人						

※振込先は、申請者本人の預金口座としてください。