

草津町不妊治療費等助成金交付申請書

草津町長 様

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

なお、助成金の交付に必要な事項として、群馬県不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金の申請及び受給の有無について調査すること、町税、国民健康保険税の納入状況及び住民基本台帳を閲覧することに同意いたします。

記

申請日	年 月 日	申請回数： 回目
氏 名		生 年 月 日
申 請 者	夫	フリガナ() 印 昭和・平成 年 月 日生
	妻	フリガナ() 印 昭和・平成 年 月 日生
	住所(※1)	〒 草津町大字 電話 ()
	住所(※2)	〒 電話 ()
不妊治療に要した額 金 _____ 円 ……① (受診等証明書の領収金額) 県等の助成申請額 金 _____ 円 ……② 町申請額 金 _____ 円 ……①-②の1/2の額 <div style="text-align: right;">千円未満切り捨て 上限10万円</div>		
振込先 (申請者 一致)	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協 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	(7桁で記入)

【町確認欄】 ※記入しないでください

住所要件 婚姻関係 保険要件(夫；国保・国保外、妻；国保・国保外) 税完納要件

申請受理年月日	交付決定日	年 月 日	交付決定額
年 月 日		交付・不交付	円

注) 太枠の中をご記入ください。

※1：夫婦の住所を記入して下さい。

※2：夫婦の住所が異なる場合に記入して下さい。(住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいいます)

(添付書類) 1. 不妊治療費等助成事業受診等証明書(様式第2号)

または群馬県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の写し

2. 不妊治療に係る領収書(原本)

3. 医療保険証の写し

4. 住民票(世帯全員)

5. 戸籍謄本

(本町の住民基本台帳で、法律上の婚姻関係を確認することができない場合に限る)