

邑楽町不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

邑楽町長 宛て

申請者 住 所
氏 名
電話番号

邑楽町不育症治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

対象者	夫	フリガナ		生年月日	年 月 日
		氏名			() 歳
	妻	フリガナ		生年月日	年 月 日
		氏名			() 歳
	住所	邑楽町			
	本籍地				
夫婦が同一世帯でない場合の住所	(夫 ・ 妻)				
申請状況	他の地方公共団体から不育症治療費の助成を受けていますか。			なし ・ あり	
	過去に邑楽町の不育症治療費の助成を受けたことがありますか。			なし ・ あり () 回	
	治療対象児 第 () 子				

添付書類

1. 不育症治療費助成金認定証明書（様式第2号）
2. 医療機関が発行した不育症治療費の領収書
3. 町税等調査閲覧同意書（別記様式第3号）
4. 戸籍謄本（夫婦が同一の世帯でなく、かつ、本籍地が邑楽町でない場合）
5. 保険証の写し（夫婦それぞれのもの）
6. 他の地方公共団体の不育症治療費の助成を受けている場合は、当該助成を受けた額を確認できる書類
7. 振込先通帳（申請者名義のもの）

*町記入欄（以下の欄は記入しないでください。）

自己負担総額	他の地方公共団体交付決定額	交付決定額
円	円	円