

第1号様式（第6条関係）

平群町一般不妊・不育治療費助成金交付申請書兼請求書

平群町長

平群町一般不妊・不育治療費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、助成の可否を決定するにあたり、平群町が他自治体の助成の実績の有無の照会・回答、高額療養費、付加給付等の支給について、健康保険組合等の保険者へ確認すること、また、住民税課税状況等について、平群町が公簿等により確認することに同意します。

		申 請 日		年 月 日									
申 請 者	夫	フリガナ		年 月 日生 (歳)									
				個人番号									
	妻	フリガナ		年 月 日生 (歳)									
				個人番号									
住所		〒 平群町		電話 ()									
住所 ※夫婦別住所の場合のみ記入		夫・妻	〒	電話 ()									

委任状 ※個人番号を記入する場合において、夫婦の一方のみ（または代理人）が申請書を提出するときは、夫婦のもう一方（または両方）は、下記に必ず記入してください。		
本申請について、代理人 (住所：) を私の代理として定め、その権限を委任します。		
委任者の署名		

①自己負担額		円	第2号様式に記載の金額									
②医療保険の給付等		円	高額療養費、付加給付等									
③申請額		円	(①－②) / (上限5万円)									
加入医療保険 (夫)		【種別】国保 (町・組) ・健保・船員・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者 【保険者名】 () 【記号番号】 ()										
加入医療保険 (妻)		【種別】国保 (町・組) ・健保・船員・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者 【保険者名】 () 【記号番号】 ()										
※申請者と同一 振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所			預金種別		☐ 普通 ☐ 当座				
	(ふりがな) 口座名義人		口座 番号									

※過去にこの助成を受けたことがありますか。											
ない ・ ある → 過去 () 回受けた。() 年 () 月頃 助成金を受けた自治体は () 市町村 ・ その他 ()											

④交付済額		年 月 より助成開始		年度分		円
・ 一般不妊治療費		年 月 より助成開始		年度分		円
・ 不育治療費						

(注) 太枠の中をご記入ください。(申請者名は署名でお願いします。)

添 付 書 類	1. 平群町一般不妊・不育治療費助成事業受診等証明書 (第2号様式)										
	2. 医療機関等発行の領収書										
	3. 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類(続柄記載の住民票の写し)										
	4. 事実婚の場合は事実婚関係に関する申立書 (第3号様式)、両人の戸籍謄本										

申請受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
審査結果	承認・却下	決定額	円