

愛莊町不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

愛莊町長

氏名 _____ 印 _____

連絡先

愛荘町不育症治療費助成金交付要綱第6条の規定により助成を受けたく、下記により申請します。

記

助成申請額 金 円

対象者		氏 名	生 年 月 日		
	夫		年 月 日		
	妻		年 月 日		
住 所	〒	(単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入)	治療開始年月日	年 月 日	
			治療開始時の妻の年齢	歳 (42歳まで)	
過去にこの不育症治療費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 前回の申請 (年 月) (通算5回まで)					
この申請に係る不育症の治療又は検査について、滋賀県その他の自治体から助成を受けていますか。					
ない ・ ある (自治体名 金額 円)					
振込先口座 金融機関	金融機関名		銀行・農協・信金・信組		店・出張所
	預金種別	口座番号	口座名義人		
	普通・当座		フリガナ		
			氏名		

※訂正箇所には、全て訂正印を押印してください。

私たちは、愛荘町不育症治療費助成金の交付要件の確認のため、町関係職員が住民基本台帳及び町税に関する公簿を閲覧すること、他の自治体へ助成に係る情報を照会すること、愛荘町不育症治療等実施医療機関証明書及び院外処方に係る領収書の内容について照会すること、その他審査に必要な事項について確認することに同意します。

氏名 夫 印 妻 印

愛荘町処理欄

加入医療保険	夫 町国保 ・ その他保険	妻 町国保 ・ その他保険	
書類確認欄	☐ 住基確認（ 年 月 日） ☐ 不育症治療等実施医療機関証明書 ☐ 口座確認書類（通帳もしくはキャッシュカードの写し） ☐ （夫婦が同一世帯でない場合）婚姻関係を証する書類 ☐ その他必要書類	<申請受付日>	
単身赴任者等 確認欄	☐ 本籍地（ 愛荘町・愛荘町以外 ） 本籍地が愛荘町以外の場合は、戸籍抄本等が必要		
	保険適用内(a)	滋賀県その他の自治体の助成金(b)	対象額 1 (c) (a-b)/2※上限 5 万円
助成額算定 1	金 円	金 円	金 円
	保険適用外(d)	滋賀県その他の自治体の助成金(e)	対象額 2 (f) (d-e)※上限 10 万円
助成額算定 2	金 円	金 円	金 円
			助成額合計 (c+f)
			金 円

※添付書類

- ・ 愛荘町不育症治療等実施医療機関証明書（様式第 2 号）
- ・ (院外処方がある方) 院外処方の領収書の写し
- ・ 口座確認書類（通帳もしくはキャッシュカードの写し）
- ・ (夫婦が同一世帯でない場合) 婚姻関係を証する戸籍抄本等
- ・ (事実婚である場合) 事実婚関係に関する申立書（様式第 3 号）
- ・ (滋賀県の助成の対象である場合) 滋賀県不育症検査費用・通知書の写し
- ・ (その他自治体の助成の対象である場合) 他の自治体の助成金を証する書類の写し