

年 月 日

播磨町長 様

播磨町一般不妊治療費助成事業申請書兼請求書

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

なお、助成事業資格確認のため、住民登録状況、町税滞納の有無等を調査することを承諾します。

記

注）ご夫婦それぞれ自筆でご記入ください。

申請者 (※1)	夫	(フリガナ) 氏 名		印	年 月 日生 (歳)			
	妻	(フリガナ) 氏 名		印	年 月 日生 (歳)			
住 所 (※2)	〒							日中連絡のつく TEL
住 所 (※3)	〒							日中連絡のつく TEL
領収金額 金 円 申請額 金 円 (※4)								
振込先 (※5)	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	(フリガナ) 口座名義人			()		
	口座番号							(左詰記入)
※該当する場合のみチェックし、日付を記入してください								
☐ この申請には、夫婦がはじめて行った不妊検査であり、 かつ、夫婦で行った検査が含まれます。								
夫検査日 (年 月 日) 妻検査日 (年 月 日)								

(次の項目について、☒をつけてください)☐ 助成を受けようとする一般不妊治療に要する費用について、他の地方公共団体及び医療保険各法の保険者独自の助成を受けていません。☐ (該当する場合のみ) 高額療養費制度について、高額療養費の支給を受けたかどうかの確認等、加入されている健康保険組合等の保険者へ確認することに同意します。

※虚偽の申請その他不正の手段により助成金の交付決定を受けた場合、交付された助成金を返還していただくことがあります。

(注意事項)

※1：夫婦両方の記名押印が必要です。別々の朱肉を使う印鑑を使用してください。

※2：夫婦の住所を記入してください。

※3：夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

(夫婦の住所が異なる場合とは、町内で夫と妻が異なる住所を有する場合をいいます。)

※4：播磨町一般不妊治療証明書に記載されている領収金額と一致するように記入してください。

※5：口座名義人は申請者のうちのどちらかの個人名義を記入してください。

この申請書の提出により、申請者両方が上記振込先への助成金の振込みに同意したものとみなします。