

(様式第 1 号)

多可町不妊治療ペア検査費助成金申請書兼請求書

年 月 日

多可町長 様

下記のとおり、関係書類を添えて不妊検査費の助成を申請します。また、この申請の審査に必要な範囲で、戸籍、住民登録資料、税務資料について関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。なお、この申請に係る検査に対し、他の地方公共団体に同様の申請をしていません。

申請者	夫	フリガナ () 氏 名 ⑩	生年月日 年 月 日 (歳)	
		〒 住 所	電話番号	
	妻	フリガナ () 氏 名 ⑩	生年月日 年 月 日 (歳)	
		〒 住 所	電話番号	
検査にかかった費用(保険適用外のもの)の合計額 ① 金 _____ 円				
申請額 ①の 7/10 金 _____ 円				
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・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			

注 1)

1. 夫婦両方の自署による記名押印が必要です。別々の印鑑を使用してください。
2. 妻の住所は、夫と住所が異なる場合に記入してください。
3. 助成金の額は、指定医療機関で受けた不妊治療ペア検査に要した費用に 10 分の 7 を乗じた額となります。
4. 振込先の口座名義人は、申請者のうちどちらかの個人名義にしてください。
5. 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に同意したものとみなします。

- (添付書類) 1. 多可町不妊治療ペア検査費助成事業受診等証明書(様式第 2 号)
2. 領収書(受診等証明書の領収年月日及び領収金額と一致するもの)
3. 戸籍謄本及び事実婚関係に関する申立書(様式第 3 号)(事実婚の場合のみ)

(交付・不交付) 決定年月日	年 月 日	課長	副課長	課長補佐	担当

町担当者記入欄

住所・配偶者及び 納税状況の確認	領収書の写し又は特 定不妊検査等証明書	口座情報

(交付・不交付) 決定年月日	年 月 日
交付決定額	円