

神河町不育症治療費助成事業申請書兼請求書

年 月 日

神河町長 様

- 1 関係書類を添えて、下記のとおり助成を申請及び請求します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、戸籍、住民票及び所得証明書等の確認並びに医療機関及び薬局に対し検査又は治療の内容の確認を行うことに同意します。
- 2 本申請にあたり、以前居住していた自治体での助成の有無の確認を行うことに同意します。
- 3 本申請に係る検査及び治療に対し、他の自治体の助成を受けません。

		(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日		
申請者	夫	() 印		年 月 日 (歳)		
	妻	() 印		年 月 日 (歳)		
	住 所	〒 _____ 電話 _____ メールアドレス _____				
請求者	氏 名	印		請求日	年 月 日	
	住 所	〒 _____				
請求金額		金 _____ 円				
振 込 先 (※1)	金 融 機 関 名	銀行・農協 金庫・組合			本店 支店	
	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)

注1) 太枠の中をご記入ください。

※1: 口座名義人は申請者の個人名義であること。

注2) 申請期限、助成要件等があるので、あらかじめご確認ください。

- (添付書類) 1. 神河町不育症治療費助成事業受診等証明書 (様式第2号)
2. 神河町不育症治療費助成事業受診等証明書(薬局用) (様式第3号) (病院外処方があった場合のみ)
3. 医療機関が発行した領収書 (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)
4. 住民票の写し(続柄が記載されたもの)、戸籍謄本又は戸籍抄本
5. 夫及び妻の前年の(申請日が1月から5月までの場合は、前々年)の所得証明書

※以下、町記入欄

所 得 額 ()年分	夫(A)	妻(B)	控除額(C)	計(A+B-C)	適・否

受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	承認・不承認
-------	-------	-------	-------	--------