

年 月 日

真鶴町不育症治療費助成金交付申請（兼請求）書

真鶴町長 様

申請者 住 所 真鶴町  
 氏 名 印  
 電話番号

真鶴町不育症治療費助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

区 分	夫	妻
ふりがな 氏 名		
生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
住 所	〒 電話番号 （ ） 真鶴町	
助 成 金	1 治療期間ごとの保険診療外の治療費①	円
	申請金額②（①×1/2）（千円未満切捨て）	円
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 治療が終了し出産（出生 年 月 日） <input type="checkbox"/> 治療途中で今回の妊娠が終了 <input type="checkbox"/> その他（ ）	過去に真鶴町不育症治療の助成を受けたことがありますか。 ない・ある （申請日 年 月 日）
振 込 先	金融機関名	銀行 本店 信用金庫・組合 支店・支所 農業協同組合 出張所
	預金種別	当座 ・ 普通
	フリガナ 口座名義人	
	口座番号	

同 意 書

真鶴町不育症治療費助成事業対象要件確認のため、申請者夫婦の住民基本台帳、戸籍、課税台帳及び町税等を滞納していないことの確認、必要により、医療機関・調剤薬局又は保険者への問合せを真鶴町の職員が行うことに同意します。

氏名 印

氏名 印

(裏面)

【町記入欄】

助成要件	不育症治療	<input type="checkbox"/> 真鶴町不育量治療受診等証明書（様式第2号）
		<input type="checkbox"/> 医療機関の発行する領収書の写し
	住民登録	<input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 町資料
	婚姻	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 町資料
	課税状況	<input type="checkbox"/> 所得証明書 <input type="checkbox"/> 町資料
	医療保険	<input type="checkbox"/> 健康保険証等の写し
	町税等の滞納	<input type="checkbox"/> 「未納税額が無いことの証明書」等 <input type="checkbox"/> 町資料
	助成期間	<input type="checkbox"/> 過去の申請の有無      ※有：申請期間開始年度の確認