

年 月 日

真鶴町特定不妊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

真鶴町特定不妊治療費助成事業実施要綱第4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	
これまで町助成の利用の有無	有 ・ 無	
助成金	特定不妊治療に要した医療費①	円
	県要綱助成交付決定額②	円
	差引金額③（①－②）	円
	申請金額	円
振込先 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

真鶴町特定不妊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	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
	県 助 成	<input type="checkbox"/> 県要綱による助成決定通知の写し <input type="checkbox"/> 県要綱による特定治療支援事業受診等証明書の写し <input type="checkbox"/> 特定不妊治療に要した治療費（保険外診療）の領収書の写し
	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