

記入例

様式第1号

受付第 号

渋川市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

渋川市長 様

下記の事項に同意の上、関係書類を添えて不育症治療費助成金を申請及び請求します。

- 記
- 1 助成金の交付に当たっては、住民税の納入状況を閲覧すること、また、住民基本台帳及び世帯情報等を確認すること。
 - 2 治療を行う医療機関の診療内容等を照会すること。
 - 3 群馬県不育症検査費用助成金の申請及び受給の有無について調査すること。

日付は記入しないで提出ください

申請者本人(夫・妻)の署名が必要です

申請日	年 月 日			
申請者	夫(署名)	氏名 保 健 太 朗	生年月日 平成〇年 〇月 〇日	
	妻(署名)	氏名 保 健 花 子	生年月日 平成〇年 〇月 〇日	
	住所	〒377-0008 渋川市渋川××××	電話番号 090(〇〇〇〇)〇〇〇〇	
群馬県不育症検査費用助成金受給の有無	有・ <input checked="" type="radio"/>	治療対象児	第 1 子	
不育症治療費総額	円	検査及び治療に要した治療費の合計①		
群馬県の助成額	円	群馬県不育症検査費用助成金額②		
助成対象額	円	①-②		
助成金申請額兼請求額	円	上記の2分の1の額(百円未満は切捨て)20万円を上限		
助成金の振込先(申請者いずれかの口座)	(フリガナ)口座名義人	(ホケン ハナコ 保 健 花 子)		
	金融機関名	〇〇銀行	支店名	〇〇支店
	口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通・当座	口座番号	×××××××
添付書類	1 渋川市不育症治療費助成事業医療機関受診証明書(様式第2号) 2 当該治療費の領収書(原本) 3 医療保険に加入していることが確認できる書類の写し(夫婦両方のもの) 4 県の助成を受けた場合は、県の承認決定通知書の写し 5 夫婦いずれか一方の住民登録が市外にある場合、その住民登録簿の写し 6 夫婦の世帯が異なり、かつ、本籍地が市外の場合は、戸籍謄本			
渋川市処理欄				
受理日	年 月 日	交付決定日	年 月 日	交付決定額
受付番号		交付・不交付		円
確認	<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 婚姻	<input type="checkbox"/> 納税	<input type="checkbox"/> 医療保険

医療保険加入確認書類は夫婦両方のものが必須です