

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 助成金の交付に必要な事項として、市税の納入状況を閲覧すること、また、住民基本台帳及び戸籍を閲覧すること。
- 2 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。

申請日		年 月 日		申請回数：通算 回目 (前回申請： 年度)	
申請者	夫	氏名	印	生年月日 年 月 日	
	妻	氏名	印	生年月日 年 月 日	
	住所	〒 渋川市		電話番号 ()	
群馬県不育症検査費用助成金受給の有無			有 ・ 無	治療対象児	第 子
不育症治療費総額		円		検査及び治療に要した医療費の合計	
群馬県の助成額		円		群馬県不育症検査費用助成金額	
助成対象額		円		-	
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) 30万円を上限	
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	()		
		金融機関名		支店名	
		口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	

添付書類	<ol style="list-style-type: none"> 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 当該医療費の領収書 3 医療保険証の写し 4 県の助成を受けた場合は、県の承認決定通知書 5 夫婦いずれか一方の住民登録が市外にある場合、その者の下記書類 ・ 住民票 ・ 市税等の納税証明書、完納証明書又は非課税証明書 6 夫婦の世帯が異なる場合は、戸籍謄本(本籍地が渋川市の場合は不要)
------	---

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