

(表)

別記様式第1号(第6条関係)

日野町不育症治療費助成金交付申請書

日野町不育症治療費助成金交付要綱第6条の規定により助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	加入医療保険	
夫		年 月 日 (歳)		
妻		年 月 日 (歳)		
住所(※1)	電話 ()			
住所(※2)	電話 ()			
1 今年度、日野町不育症治療費の助成金を受けていますか(いずれかに○)。 受けていない・受けている→助成を受けた額(保険適用内 円)(保険適用外 円) 2 今回の助成対象となる検査費用について滋賀県に申請しましたか(いずれかに○)。 申請していない・申請した→申請結果(承認 ・ 不承認) *承認・不承認が分かる書類を添付してください。				
申請者氏名 (夫および妻が 自署または記名押印) _____ 印 _____ 印 申請額 _____ 円 (保険適用内) _____ 円 (保険適用外) (1年度当たり 50,000 円上限) (1年度当たり 100,000 円上限) この助成金は、1夫婦当たりの交付額の上限が決められています。助成の適否を判断するために 必要な場合は、当町以外の自治体に対して本申請に係る情報の照会および提供ならびに指定医療機 関に対して治療内容等の照会を行うことについて同意します。 年 月 日 日野町長 様				
振 込 先 (※3)	金融機関名	銀行・信用金庫・農協		本店・支店・出張所
	預金種別	普通・当座	(フリガナ) 口座名義人	()
	口座番号			(右詰記入)
申請受理年月日		(交付・不交付) 決定年月日		
受給者番号				

注：太枠の中を記入してください。

※1 欄は、夫婦の住所を記入してください。

※2 欄は、単身赴任等で夫または妻が異なる場所に住所を有する場合等に記入してください。

※3 欄は、夫婦いずれかの名義の口座とし、貯蓄口座は除きます。

私たちは、日野町不育症治療費助成金交付要綱の助成金交付要件確認のため、日野町の職員が町税等に関する公簿を閲覧することに同意します。

夫 _____ 印

妻 _____ 印

(裏)

- (添付書類) 1 不育症治療等実施医療機関証明書（別記様式第2号）
- 2 医療機関が発行する検査および治療費用に係る領収書および明細書（検査および治療内容が分かるもの）の写し
- 3 院外処方がある場合は、その領収書の写し
- 4 夫婦それぞれの町税等の完納を証する書類
- 5 夫婦それぞれの被保険者証の写し
- 6 滋賀県その他の地方公共団体から助成を受けている場合は、その助成金額が分かる書類
- 7 法律上の婚姻関係にない場合は、事実婚関係に関する申立書（別記様式第3号）
- 8 その他町長が必要と認める書類