

王寺町不育治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

王寺町長 様

[申請者]

住 所

氏 名

電話番号

関係書類を添えて、下記のとおり不育治療費の助成を申請します。

記

対 象 者		(フリガナ) 氏 名	生年月日		
	夫		昭 平 和 成	年 月 日生(歳)	
	妻		昭 平 和 成	年 月 日生(歳)	
	住所(※1) 夫婦の住所	〒 _____ 電話 _____			
	住所(※2) 夫・妻	〒 _____ 電話 _____			
	加入医療保険 (夫)	[種別] 市町村国保・組回国保・健保・共済・その他() 保険者番号() 記号() 番号() [区分]本人・被扶養者			
	加入医療保険 (妻)	[種別] 市町村国保・組回国保・健保・共済・その他() 保険者番号() 記号() 番号() [区分]本人・被扶養者			
実績	過去にこの助成を受けたことがありますか。 ない・ある → ()市町村で過去()回受けた。()年()月頃				
振 込 先		銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店	預金種別 普通預金 当座預金	
	口座番号		フリガナ 口座名義人		
申請額	金 円				

上記の太枠内にご記入ください。※1:夫婦の住所を記入。※2:単身赴任等で夫と妻の住所が異なる場合に記入。

添 付 書 類	1. 不育治療受診等証明書、領収書	2. 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類
	3. 住所地を証明する書類	4. 夫及び妻の町税の納付を証明する書類
※2~4は同意書により町で確認できる場合は、省略できるものとする。		

◎申請の際に通帳と健康保険証(夫婦共)を持参してください。

申請受理年月日		決定年月日		承認・不承認
決定額				