様式第1号（第5条関係）

大洗町不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

　　年　　月　　日

大洗町長　宛

　　　（代表）申請者　住所　大洗町

　　　　　　　　　　　氏名（署名）

不育症治療費助成の交付を受けたいので、大洗町不育症治療費助成金交付要項第5条1項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

1　氏名等

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |

2　助成金申請額　　　　　　　　　　　　　　　　円

3　治療の経費　　　　　　　　　　　　　　　　　円

4　治療の期間　　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日

５　振込先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　信組金庫　農協 | 本店支店 |
| 口座の種類 | 　　　普通　・　当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

6　公簿による住民基本台帳及び町税等の納付の確認について（どちらかをマルで囲む）

　この申請の審査に際し、関係書類の提出に代えて大洗町備え付けの住民基本台帳及び町税等の納付について公簿を照会すること及び領収書の内容について医療機関に確認することに

（　　同意します　・　同意しません　）

7　添付書類

1. 大洗町不育症治療医療機関証明書（様式第2号）
2. 不育症治療を証明できる医療機関発行の領収書（原本）
3. 健康保険証の写し