様式第１号（第６条関係）

（表）

寄居町生殖補助医療費補助金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

（宛先）

寄居町長

下記により寄居町生殖補助医療費補助金の交付を受けたいので、寄居町補助金等の交付手続等に関する規則第４条第１項の規定により関係書類を添えて申請します。

なお、補助金の支給を受けるために、夫婦の住民登録状況、納税状況等について、関係部署により確認及び調査することに同意します。

申請者	夫	ふりがな 氏　　名	㊞
		生年月日	年　　月　　日
		現 住 所	〒
		電話番号	
	妻	ふりがな 氏　　名	㊞
		生年月日	年　　月　　日
		現 住 所	〒
		電話番号	

補助申請金額		特定不妊治療	先進医療	男性不妊治療	先進医療
	補助対象経費	円	円	円	円
	補助申請額	円		円	
	補助申請額合計	円			

振込先	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店	普通 ・ 当座	口座番号
	フリガナ			
	口座名義人			

添付書類	□寄居町生殖補助医療費補助金交付に係る実施証明書 □夫婦であることを証明できる書類 □住所を確認できる書類 □健康保険証及び限度額適用認定証 □治療費の領収書（原本が提出できない場合は領収書の写し） □補助金の振込を希望する金融機関口座が確認できる書類 □その他町長が必要と認める書類

（裏）

町記入欄

<table>
<tr><td>申請受理年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>要件確認</td><td colspan="3">□婚姻　　□住所　　□保険証、限度額適用認定証</td></tr>
<tr><td>過去の
補助の履歴</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>補助結果</td><td>□承認
□不承認</td><td>補助対象額
円</td><td>支給決定額
円</td></tr>
</table>