

様式第 1 号（第 6 条関係）

寄居町生殖補助医療費補助金交付申請書兼請求書

(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、関係書類を添えて申請します。また、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。

記

夫	フリガナ氏名									
	生年月日	年 月 日								
	現住所									
	電話番号									
妻	フリガナ氏名									
	生年月日	年 月 日								
	現住所									
	電話番号									
補助申請額		特定不妊治療			男性不妊治療					
	治療費支払額 (A)	円			円					
	先進医療治療費支払額 (B)	円			円					
	医療保険の給付等 (C)	円			円					
	補助申請額 (A) + (B) - (C)				円					
振込先	銀行・農業協同組合 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									
加入保険名称										
限度額適用認定証区分		ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ								
申請日 年 月 日										
申請者氏名 ㊟										

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 ☐ 医療保険各法による被保険者、組合員、加入者又は被扶養者であることを証するもの ☐ 限度額適用認定証区分が確認できるもの ☐ 医療費の領収書（原本が提出できない場合は領収書の写し） ☐ 医療保険各法の規定に基づく給付額等を証する書類 ☐ 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
------------------	--

町記入欄

申請受理年月日	年 月 日		
要件確認	☐ 婚姻 ☐ 住所 ☐ 必要書類		
過去の 補助の履歴			
補助結果	☐ 承認 ☐ 不承認	補助対象額 円	支給決定額 円