

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

年 月 日

(宛先) 寄居町長

申請者氏名

⑨

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	
		保険診療		先進医療
治療費自己負担額	特定不妊治療	①	円	② 円
	男性不妊治療	③	円	④ 円
控除額	医療保険の給付等	⑤	円	
補助対象経費（①＋②＋③＋④－⑤）		円		
補助申請額 補助対象経費×1/2 ※上限10万円	円	交付決定額 ※記入しないで ください	円	
加入保険名称				
限度額適用認定証区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ			

当該補助金の交付決定があったときは、以下に指定する口座への振込みの方法により当該交付決定の額を請求します。

請求額	金		円						
振込先	銀行・農業協同組合 信用金庫 本店 信用組合 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 ☐ 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