

様式第7号（第7条関係）

吉岡町不妊治療費等助成金交付申請書兼請求書（不育治療）

吉岡町長 様

吉岡町不妊治療費等助成金の交付に必要な事項として、1. 私及び私の属する世帯の町税の納入状況を閲覧すること、2. 住民基本台帳を閲覧すること、3. 群馬県の不妊治療費助成金申請及び受給状況について確認することに同意します。

申請日	年 月 日		申請回数：初回・ 回目（前回 年度申請）	
申請者	夫	Ⓜ	生	年 月 日生
	妻	Ⓜ	年 月 日	年 月 日生
住所	〒 吉岡町大字			電話番号
不妊治療対象児			第 子	
不妊治療費等総額	円		治療に要した負担額の合計 (医療機関受診証明書と同額記入) ①	
吉岡町不妊治療費助成金交付申請額	円		①÷2 1,000円未満切り捨て (こちらは記入しないで下さい)	
助成上限額	不育治療 30,000円			
振込先	ふりがな			
	口座名義人	※申請者本人の口座に限る		
	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協	支店名	本店・支店 出張所
	口座種別	普通・当座	口座番号	

添付書類等	1 吉岡町不育治療費等助成事業医療機関受診証明書（不育治療）（様式第8号）
	2 不妊治療等を受けた医療機関等の領収書及びその写し ※明細が分かるものを添付
	3 医療保険被保険者証及びその写し
	4 振込先通帳の写し
	5 住民登録が町外にある場合は、戸籍謄本 ※発行日は3か月以内
	6 住民登録が町外にある場合は、町税等の納税証明書、完納証明書又は非課税証明書

町処理欄	受付年月日	年 月 日	申請	回目
	決定年月日	年 月 日	決定事項	不交付・交付（ 円）