

様式第3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 (一般不妊治療)

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に同意します。

申請日		年 月 日		申請回数： 初回 / 回目	
申請者	夫			生 年 月 日	年 月 日生
	妻				年 月 日生
	住所	(〒 - ) 吉岡町大字			
不妊治療対象児				第 子	
一般不妊治療費等総額		円		治療に要した負担額の合計 ① (医療機関受診証明書と同額記入)	
吉岡町不妊治療費等助成金交付申請額		円		① ÷ 2 (こちらは記入しないでください。) 1,000円未満切り捨て	
助成金上限額		一般不妊治療 50,000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	吉岡町不妊治療費等助成事業医療機関受診証明書 (一般不妊治療) (様式第4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	被保険者証、組合員証又は加入者証の写し
	4	振込先金融機関の預金通帳の写し
	5	吉岡町の住民基本台帳に記載がない場合は、戸籍謄本 ※発行日は3月以内
	6	吉岡町の住民基本台帳に記載がない場合は、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)