

第1号様式（第6条関係）

三郷町不育治療費助成金交付申請書兼請求書

三郷町長 様

申請者
住所
氏名
電話番号

三郷町不育治療費助成金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請及び請求します。

記

対象者		(フリガナ) 氏 名		生 年 月 日		
	夫	()		年 月 日		
	妻	()		年 月 日		
	連絡先(※1)	〒 電話 ()				
	加入医療保険 (夫)	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他() 【保険者名称】() 【保険者番号】() 【被保険者記号・番号】() 【区分】 本人・被扶養者				
	加入医療保険 (妻)	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他() 【保険者名称】() 【保険者番号】() 【被保険者記号・番号】() 【区分】 本人・被扶養者				
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所		
	種 別	普通 ・ 当座	口座番号			
	(フリガナ) 口座名義人	() ※申請者と同一				
申請額		円 過去の助成実績 有 (回) : 無				
交付決定額		※記入しないでください 円 (上限15万円)				

(※1) 単身赴任等異なる住所を有する場合等、夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

※町記入欄

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	決定内容	承認・不承認
-------	-------	-------	-------	------	--------

(添付書類) 次の (3) から (5) までの書類は、三郷町不育治療費助成金交付に関する同意書（第3号様式）により町で確認できる場合は、省略できるものとする。

- (1) 三郷町不育治療費助成事業受診等証明書（第2号様式）
- (2) 領収書及び高額療養費等療養の給付が行われた場合はその額がわかるもの
- (3) 世帯全員の続柄が記載された住民票（発行日から3箇月以内のもの）
- (4) 夫婦のいずれもが町税を滞納していないことを証明する書類
- (5) 事実婚であることを証する書類
- (6) 夫婦の被保険者等であることを証明する書類の写し（加入する保険者から交付された「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」等）
- (7) その他町長が必要と認める書類