

阿見町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

阿見町不育症治療費助成事業補助金交付申請書

阿見町不育症治療費助成事業補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

治療を受けた夫婦の氏名		生年月日	住 所	電話番号	加入医療保険
夫	(フリガナ)	年 月 日			
妻	(フリガナ)	年 月 日			
申請金額		金 円			
治療の経費		金 円			
治療の期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
町への申請状況		_____回目の申請			
阿見町に在住の意思		申請日より1年以上阿見町に在住する意思： あり ・ なし			
同 意 書					
この申請の審査に際し、申請者の属する世帯の住民票，町税の収納状況，市町村民税の課税状況及び所得のうち審査に必要なものについて，阿見町の公簿の照会等により調査することに同意します。					
年 月 日					
				夫の氏名：	印
				妻の氏名：	印

添付書類

- (1) 不育症検査及び治療費医療機関受診証明書(別紙)
- (2) 健康保険証等の写し
- (3) 領収書・診療報酬明細書の原本(医療機関発行)
- (4) 町税に未納がないことを証する書類の写し
- (5) 申請者及びその配偶者の住所並びに婚姻関係を証する書類
- (6) 夫婦の所得額を証明する書類
- (7) その他町長が必要と認める書類

※(4)(5)(6)の書類は、同意書に同意し、夫及び妻の記名押印がある場合は省略することができる。