様式第１号（第５条関係）

**川崎町不妊治療費助成金交付申請書**

　　年　　月　　日

川崎町長　　　　　　殿

申請者　住所

氏名

電話番号

川崎町不妊治療費助成金交付要綱第５条の規定に基づき、川崎町不妊治療費助成金の交付を受けたいので下記のとおり申請します。また、本申請にあたり、夫婦の町税等納入状況確認を行うことについて同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | | | | | | | | | 生　年　月　日 | | |
| 夫 | | |  | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 妻 | | |  | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 住所（夫） | | | □申請者  と同じ | | |  | | | | | | | | | |
| 住所（妻） | | | □申請者  と同じ | | |  | | | | | | | | | |
| 本申請  の治療期間 | | | 年　　月　　日～  年　　月　　日 | | | | | | | | 本申請の通算回数 | | | 年度　　回目  通算　　回目 | |
| 本治療の種別 | | | 一般不妊治療　　・　　生殖補助医療 | | | | | | | | | | | | |
| 助成申請額 | | | 円 | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | | | | | | 銀行  信金  農協 | | | | | 本　店  支　店  出張所 | | | 普通・当座 |
| 金融機関コード | | | | | | 店舗コード | | | 口座番号 | |  | | | |
|  |  | |  |  | |  |  |  |
| 口座名義人 | | | | | |  | | | | | | | | |

【添付書類】

□不妊治療医師証明書（様式第２号）

□不妊治療に要した費用の領収書及び明細書（いずれも原本）

□夫及び妻の保険証の写し

□限度額認定書等

●別世帯または事実婚関係にある夫婦

□夫及び妻の戸籍謄本

□事実婚関係に関する申立書(様式第３号)

　（夫婦が事実婚関係にある場合）