様式第１号（第６条関係）

幕別町一般不妊治療費用助成申請書

令和　　　年　　　月　　　日

幕別町長　　様

（申請者）

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

関係書類を添えて、下記のとおり一般不妊治療費用の助成を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 夫 | | | | | | | 妻 | | |
| ふりがな | |  | | | | | | |  | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | |  | | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日生（　　　　歳） | | | | | | | 年　　　月　　　日生（　　　　歳） | | |
| 住　　所 | | 〒  　中川郡幕別町 | | | | | | | | | |
| 上記以外の住所 | | ※夫と妻の住所が異なる場合のみ記入（　夫　・　妻　）  〒 | | | | | | | | | |
| 電　話　番　号 | | 自宅 | | －　　　　　－ | | | | | 携帯 | | －　　　　　－ |
| 過去の助成の有無 | | 過去に一般不妊治療費に係る助成を受けたことがありますか  無　　・　　有→　　前回申請　（　　　　　年　　　　月 ）  助成を受けた市町村名　　幕別町・その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 医療機関名称 | |  | | | | | | | | | |
| 治　療　期　間 | | （和暦）　　　　　　年　　　　月　　　　日　　～　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | |
| 治療に要した費用 | | 円 | | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行  金庫  農協 | | | | | | | 本店  支店  出張所 | | |
| 預金種別 | 普通・当座・貯蓄 | | | |  | | | | | |
| 口座番号 |  |  | |  |  |  |  | |  | （左詰めで記入） |
| 口座名義人  （申請者） | | フリガナ | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 同　意　書  幕別町一般不妊治療費用助成事業実施要綱第７条に規定する審査に際し、担当職員が住民基本台帳及び町税の納付状況について、照会、調査、閲覧することに同意します。  申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　配偶者 |

【必要書類】　　１．住民票謄本　　　　　２．町税に滞納のない証明書　　　　　３．戸籍謄本

※１　　夫婦ともに幕別町に住所を有し、上記事項に同意された方は、住民票謄本、町税に滞納のない証明書の添付は不要です。また、婚姻関係が住民基本台帳で確認できる場合は、戸籍謄本も不要です。

※２　　単身赴任等で夫婦の一方が町外に住所を有する場合は、戸籍謄本と町外の方の住民票が必要です。