様式第１号（第５条関係）

睦沢町不妊治療費助成金交付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | 申請回数：第　　回目（前回申請：　　年度） | | | |
| 申請者 | 夫 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | 睦沢町に住み始めた日  　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 生年月日　　　　年　　月　　日生 | | | | | |
| 妻 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | 睦沢町に住み始めた日  　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 生年月日　　　　年　　月　　日生 | | | | | |
| 住　所 | 〒  睦沢町  ℡ | | | | | | 婚姻届を出した日  　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 住所  ※単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合 | | | 〒  睦沢町  ℡ | | | | | | | |
| 千葉県特定不妊治療費助成金  受給の有無 | | | | 有　・　無 | | | 不妊治療対象児 | | | 第　　　子 | |
| 不妊治療費総額 | | | 円 | | | 申請年度内の治療に要した負担額の合計から県特定不妊治療費助成金を差し引いた額 | | | | | |
| 助成金申請額 | | | 円 | | | 上記の２分の１の額（千円未満は切捨て）  10万円を上限とする | | | | | |
| 助成金の振込先  （申請者のいずれかの口座） | | | （ふりがな）  口座名義人 | |  | | | | | | |
| 金融機関名 | |  | | | | 支店名 | |  |
| 口座種別 | | 普通・当座 | | | | 口座番号 | |  |

睦沢町長　　　　　　　　　様

　私は、睦沢町不妊治療費助成金の交付に必要な事項として、次の事項について閲覧又は調査することに同意します。

　１．町税及び国民健康保険税の納入状況を閲覧すること。

　２．住民基本台帳又は外国人登録原票を閲覧すること。

　３．千葉県特定不妊治療費助成金の申請及び受給の有無について調査すること。

夫氏名　　　　　　　　　　　　　　印

妻氏名　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 添　付  書　類 | １不妊治療費助成事業医療機関受診証明書又は千葉県特定不妊治療費助成承認決定通知書（写し）  ２医療保険証の写し  ３不妊治療費の領収書 |

睦沢町処理欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受理日 | 年　　　月　　　日 | 交付決定日 | 年　　　月　　　日 | 交付決定額 |
| 受付番号 |  | 交付・不交付 |  |