

様式第1号(第5条関係)

府中町不妊検査費等助成事業申請書

年 月 日

府中町長 様

申請者氏名 _____

関係書類を添えて、次のとおり不妊検査・一般不妊治療費の助成を申請します。
なお、府中町不妊検査費等助成事業実施要綱第2条の規定により、私及び配偶者の町税等の納付状況及び住民基本台帳等の情報について照会されることを承諾します。

		(ふりがな) 氏名		生年月日				
助 成 対 象 者	夫	()		年 月 日 (歳)				
	妻	()		年 月 日 (歳)				
	住所	〒		電話 ()				
	住所(※)	〒		電話 ()				
助 成 申 請 す る 不 妊 検 査 ・ 一 般 不 妊 治 療 期 間		夫	年 月 日から			年 月 日まで		
		妻	年 月 日から			年 月 日まで		
申 請 額		医療機関の証明金額合計×1/2 証明金額 円×1/2= 円 (A)		A+B= 円 (千円未満切捨) 上限50,000円と比べて いずれか小さい額が申請額になります				
		院外処方の領収金額合計×1/2 領収額 円×1/2= 円 (B) (院外処方がない、または領収書がない場合は空欄)		申請額 円				
過去に自治体から 受けた不妊検査・ 一般不妊治療の 助成		過去に府中町から不妊検査・一般不妊治療費の助成を受けたことが □ある (年 月頃) □ない 過去に府中町以外から不妊検査や一般不妊治療費の助成を受けたことが □ある (自治体名:) □ない						
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 組合 農協 店 所						
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	(申請者と同じ方)				
	口座番号						(左詰記入)	
申 請 受 理 年 月 日				(承認・不承認) 決定年月日				
受 給 者 番 号								

注) 太枠の中を記入してください。
※申請者とその配偶者の住所が異なる場合に記入してください。