

## 上板町不育症治療費等助成事業申請書

	申請者	配偶者（事実婚を含む）
フリガナ		
氏名		
生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
住所	〒 上板町	〒 ※申請者と異なる場合のみ記入
電話番号		
加入医療保険		
過去の助成状況	<input type="checkbox"/> 今回が初めて <input type="checkbox"/> ( ) 回目 いつ頃 ( ) ・市町村名 ( )	
他自治体における助成について	次の内容を確認いただき、該当される場合は□に✓を付けてください。 <input type="checkbox"/> 本申請に係る治療の費用について、他の自治体で助成を受けておらず、また受ける予定はありません。	
申請金額		限度額
<p>助成決定額 金 円</p> <hr style="width: 50%; margin: auto;"/> <p>上記のとおり申請します。この申請書に伴い配偶者との婚姻関係、上板町在住期間及び町税等の納付状況について調査することに同意します。            なお、助成金の請求を所属課長に委任します。支払は、下記口座に振込みを依頼します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>申請者</span> <span>配偶者</span> </p> <p style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>氏名</span> <span>_____</span> </p> <p style="text-align: center;">(夫又は妻が自署)</p> <p>上板町長 殿</p>		

(注) 申請は治療終了後、6か月以内に限ります。

(振込口座)

金融機関		支店・支所名	
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

(注) 太枠の中を御記入ください。

添付書類

- 1 上板町不育症治療費等助成事業申請金額明細書
  - 2 上板町不育症治療費等助成事業受診等証明書
  - 3 不育症の検査及び治療に要した費用の領収書並びに診療明細書
  - 4 保険者が発行した高額療養費又は付加給付の明細書等
  - 5 戸籍謄本（1回目のみ）
  - 6 住民票（事実婚関係にある場合）
- ※事実婚関係に関する申立書