

別記様式第1号（第6条関係）

竜王町不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

竜王町不育症治療費助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり助成金の交付を申請します。

通算申請回数（ ）回目

申請者 (請求者)	フリガナ	生年月日	年 月 日
	氏名		
配偶者	フリガナ	生年月日	年 月 日
	氏名		
申請者 住所	電話番号 ( )		
配偶者 住所※	電話番号 ( )		
<p>竜王町長 様</p> <p>本申請の内容について他の地方公共団体に照会すること、添付書類の内容を医療機関に照会することおよび住民基本台帳、町税等の納付状況を町長が関係当局に確認することについて同意します。</p> <p style="text-align: center;">申請者および配偶者（署名） _____</p>			
申請額① 保険適用内	円 1年度あたり 50,000 円上限	申請額② 保険適用外	円 1年度あたり 100,000 円上限

※申請者と配偶者の住所が異なる場合に記入してください。

添付書類

- (1) 竜王町不育症治療受診証明書（別記様式第2号）
- (2) 不育症の検査および治療に要した費用が確認できる書類（検査および治療内容が分かるものに限る。）
- (3) 他の地方公共団体から助成を受けている場合は、その助成金額が分かる書類
- (4) 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証する書類（住民基本台帳で確認ができない場合に限る。）
- (5) その他町長が必要と認める書類

※町確認欄

申請受理年月日		(交付・不交付) 決定年月日	
---------	--	-------------------	--