

別記様式第 1 号（第 6 条関係）

板倉町不妊及び不育治療費助成金交付申請書（一般・特定・男性・不育）

板倉町長 様

板倉町不妊及び不育治療費助成事業実施要綱第 6 条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

1. 申請者等

申請者	ふりがな 氏 名	夫		妻	
	生年月日	和暦 年 月 日（ 歳）		和暦 年 月 日（ 歳）	
	住 所	〒 3 7 4 -		電話 （ ）	
板倉町					
他地方公共団体からの補助 (ただし同一治療・検査等に対する補助)		有 ・ 無		左記が有の場合 他地方公共団体名	
治療象児及び 申請回数		第 子 一般（第 回目）、特定（第 回目）、男性（第 回目）、不育（第 回目）			

2. 助成対象額

A. 治療に要した自己負担総額 (別記様式第 2 号受診証明書の医療費及び薬剤費の合計)	円
B. 他地方公共団体（県等）からの補助額 (該当しないかたは 0 円とご記入ください)	円
C. (A - B) ÷ 2	円
助成金申請額 (上限金額：不育 30 万円、その他 10 万円。ただし 1 円未満切り捨て)	円

本助成金の申請に必要な事項として、住民基本台帳等の閲覧、町税等の納入状況を確認することに同意します。

夫自署氏名

年 月 日 妻自署氏名

(添付書類)

- 1 板倉町不妊及び不育治療助成事業医療機関受診証明書（別記様式第 2 号）
- 2 治療費の領収書（コピー不可）
- 3 健康保険に加入していることを証するもの

※町記載欄

申請受理日	年 月 日	納税状況	滞納： 有 ・ 無 (確認日 年 月 日)	確認者
交付決定日	年 月 日	婚姻	有 ・ 無	確認者
交付決定額	円	居住期間	夫： 1 年以上 ・ 未満	妻： 1 年以上 ・ 未満
		健康保険	夫： 加入 ・ 未加入	妻： 加入 ・ 未加入