様式第１号（第６条関係）

舟橋村不育治療費助成金交付申請書

年　　月　　日

舟橋村長　　様

申請者

住　所　舟橋村

氏　名

電　話

下記の通り舟橋村不育治療費助成金の交付を受けたいので申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診察を受けた者の氏名 | | 生 年 月 日  （この申請における検査・治療開始日の年齢） |
| 夫の氏名 |  | 年　　　月　　　日生　（　　　歳） |
| 妻の氏名 |  | 年　　　月　　　日生　（　　　歳） |
| 住　　所 | （単身赴任等で夫と妻が異なる住所を有する場合に記入） | |

（注）・当該不育治療費に係る領収書及び診察報酬明細書を添付すること。

　　 ・医療機関が発行した不育症治療医療機関受診等証明書を添付すること。

　　 ・夫婦の加入保険証の写しを添付すること。

　　 ・※欄は村記載欄のため、記載しないこと。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関での不育症治療費等  （食事療養費等を除く）自己負担額 | 円 |
| 上記による不育症治療にかかる  院外処方薬局自己負担金 | 円 |
| 合計 | 円 |
| 他の助成等から当該治療に対し受けた給付額 | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 助成対象金額※ | 円 |

　※申請者本人名義の振込先（口座）をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 口座振替  指定金融機関 | 銀行  金庫  農協 | | 本店  支店  出張所 | | | | | | |
| 指定口座 | １普通　２当座 | 口座番号  （左詰で記入） |  |  |  |  |  |  |  |
| フ　リ　ガ　ナ | |  | | | | | | | |
| 口　座　名　義 | |  | | | | | | | |

同意書

　本申請の審査において、夫婦の課税台帳等の収納状況を閲覧することに同意します。

氏名（自署もしくは記名押印）

同意書

同意書

〔村民税等納付状況調査結果記載欄〕

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 調査年月日 | 年　　月　　日 | 調査担当職員 |  |
| 調査結果 | 表面申請者について、村民税等の納付状況を調査した結果は、次のとおりである。  １　滞納は無い。  ２　滞納が有る。  （備考） | | （確認印） |