様式第1号(第5条関係)

年　　　　月　　　　日

小国町特定不妊治療費助成事業申請書兼請求書

小国町長　　　　　　　様

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請及び請求します。　　　　　　　　※太枠の中をご記入下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  氏名 | | ふりがな(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　　月　　　日(　　　歳) | | | |
| 配偶者  氏名 | | ふりがな(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　　月　　　日(　　　歳) | | | |
| 申請者  住所 | | 〒　　　－  阿蘇郡小国町大字　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　(　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者  住所 | | 〒　　　－　　　　　(申請者と住所が異なる場合のみ記入)  電話　　　　(　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 婚姻  年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | 県の助成  承認決定日 | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| 県への  申請回数 | | 1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 4 回 ・ 5 回 ・ 6 回 ・ 男性不妊治療 | | | | | | | | | | | | | | | | | 今年度小国町既助成額 | 円 |
| 他の市町村で、今回の治療に対して助成金を受けていますか、または申請(予定を含む)をしていますか？ | | | | | | | | | いいえ  は　い → (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | |
| 振込口座 | 金融  機関名 | | 銀行 ・ 農協  金庫 ・ 組合 | | | | | | | | | 支店・  出張所名 | | | | 本店 ・ 支店  支所 ・ 出張所 | | | | |
| 預金  種別 | | 普通・当座 | | | (ふりがな)  口座名義人 | | | (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | |
| 口座  番号 | |  |  |  | |  |  | | |  | | |  | | | | 申請者の口座に限ります。  (右詰めで記入してください。) | | |

(添付書類)　□　熊本県特定不妊治療費助成事業承認通知書の写し

□　特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し

□　特定不妊治療費に要した費用の領収書の写し

□　小国町町税等滞納状況調査承諾書(様式第2号)

□　その他町長が必要と認める書類

＊助成金額(小国町記入)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A**治療費総額  ※保険診療分を除く | **B**熊本県助成額 | **C**. 治療費残額  (**A**－**B**)※千円未満切り捨て | **D** 助成限度額  （1回） | **E**小国町助成基準額  **Ｃ**と**Ｄ**の少ない方の額 |
| 円 | 円 | 円 | 100,000　　円 | 円 |
| **Ｆ**本年度小国町既助成額 | **G**助成限度額  （年度） | **H** 本年度の助成残額  (**Ｇ**－**Ｆ**) | **Ｉ**助成金額  (**Ｅ**≦**Ｈ**)…**Ｅ**の額  (**Ｅ**＞**Ｈ**)…**Ｈ**の額 | 受付印 |
|  |
| 円 | 100,000　　円 | 円 | 円 |