様式第1号（第６条関係）

壬生町不育症治療費補助金交付申請書

年　　　月　　　日

　（宛先）壬生町長

申請者　住所

氏名

電話番号　　　　　（　　　　）

年度において、治療費助成を受けたいので次のとおり申請します。

**（申請者記入欄）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 治療を受けた夫婦の氏名 | 夫 |  | 妻 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 加入保険名 |  |  |
| 婚姻年月日 | 　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| * 申　請　額
 | 　　　　　　円（１００円未満切捨） |

* 太枠内は申請者が記入押印し、二重線枠内は医療機関で記入押印を受けてください。

**（医療機関証明欄）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者氏名 | 夫 |  | 妻 |  |
| 生年月日 | 　年　　　　月　　　　日 | 年　　　　月　　　　日 |
| ○不育症の治療の理由 |
| ○検査及び治療内容 |
| ○今回の治療期間　　※治療期間は治療を開始した日からその妊娠に係る出産（流産及び死産を含む。）までの期間とします。　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ○上記の期間に要した保険診療適用外の検査費及び診療費の額（文書料又は入院時の室料若しくは食事代を除く。）　領収金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円　 |
| 上記のとおり不育症の治療を行い、これに係る検査費及び診療費を徴収したことを証明します。医療機関の名称及び所在地　　主治医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　電話番号　　 |

補助金の決定に当たり必要となる、本人及び配偶者の住民基本台帳の記録、町税の賦課及び納付状況並びに

決定に当たり必要となる書類を町が調査し、及び閲覧することについて同意します。

　　　年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名