様式第１号（第４条関係）

　　　　　　　　　　　　壬生町不妊治療費補助金交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　壬生町長　様

　壬生町不妊治療費補助金交付要綱に基づき、関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費

補助を申請します。また申請にあたり、次の事項に同意いたします。

　・本申請の審査にあたり、公簿等により住所や町税の滞納状況等の確認を行うことに同意します。

　・同意した調査で確認ができない場合には、必要書類を提出します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | |  |
| 氏 名 | 夫 | | 妻 |
| 生年月日 | 年　　月　　日生（　歳） | | 年　　月　　日生（　歳） |
| 住　　所 | 壬生町  電話番号 | | |
| 夫婦が別居の場合の住所 | （夫・妻）の住所 | | |
| 申請回数 | 初めて　・　　　回目（　　　年目） | | |
| 治療期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日 | | |
| 申請内訳 | ①治療に要した本人負担額 | 円  ※医療機関受診等証明書（3）の額 | |
| ②高額療養費 | 円 | |
| ③付加給付金 | 円 | |
| ④その他の補助 | 円 | |
| ①－②－③－④＝⑤ | 円 | |
| ⑤×１/２＝⑥  （年間上限10万円） | 交付申請額）　　　　　　　　 　円  ※100円未満切捨 | |

　（添付書類）

* 医療機関受診等証明書（様式第２号）
* 申請内訳②・③・④の内容が分かる書類（支給決定通知書の写し等）
* その他、公簿等で確認ができない場合には、それらを証明する書類