様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

川南町長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

川南町不妊検査費助成金給付申請書兼請求書

川南町不妊検査費助成金給付要綱第５条の規定により、添付書類を添えて、下記のとおり不妊検査費の助成を申請します。なお、審査の結果、交付決定を受けたときは、以下の金額を請求します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　分 | 夫 | 妻 |
|  　 |  |  |
| 生年月日（年齢） | 年　　月　　日生（　　歳） | 年　　月　　日（　　歳） |
| 住　　所電話番号 | 〒 | 〒□夫と同じ |
| 申　立　欄 | 今回の助成申請に係る不妊検査費用に対し、他の市町村からの助成を受けて（　いない ・ いる　）　　　　※予定を含む。 |
| 給付を受けようとする助成金の額 | 円 |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　　　　本店金庫　　　　　　　　　　　　支店農協　　　　　　　　　　　出張所 |
| 預金種別 | 普通 | （ふりがな）口座名義人（申請者と同一） | （　　　　　　　　　　　　　　） |
| 当座 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | （左詰め） |

添付書類

１　川南町不妊検査費助成金受診等証明書

２　医療機関発行の領収書の写し

３　同意書

４　その他町長が必要と認める書類

太枠内には記入しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請受理年月日 |  　 年　 月 　日 | （ 承認 ・ 不承認 ）決定年月日 | 　　　年　 月　 日 |
|  受給者番号 |  |
| 給　付　決　定　額 | 円 |
| 算定額 | 検査費用　　　　　　　　　　　（Ａ） | 円 |
| （Ａ）と３万円のうちいずれか少ない額 | 円 |
| 審査 | 他の市町村からの助成の重複　　　　　　　　　　　　　　　 なし ・ あり町税　　　　　　　完納 ・ 未納　（　　 　　　　　　　　　　　　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　） |