

松田町不妊治療（先進医療）費助成金交付申請書

年 月 日

松田町長 殿

松田町不妊治療（先進医療）費助成金交付要綱第 7 条の規定により、関係書類を添えて以下のとおり申請します。

なお、当該申請の不妊治療について、他の自治体から助成制度の適用を受けていません。

また、助成金支払事務に当たり、助成対象者の住民基本台帳及び町税等の納税状況等の確認、必要により領収書及び明細書の内容について医療機関、調剤薬局、保険者等への問い合わせ、助成金の交付状況について他の自治体への照会を松田町職員が行うことに同意します。

さらに、申請の虚偽、その他不正な行為等があった場合は、助成金の全部又は一部の返還に同意します。

申請者	ふりがな 氏 名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
	住 所			
	連絡先	— —	婚姻関係	<input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚
配偶者 (パートナー)	ふりがな 氏 名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
	住 所	上記記載の事項について同意します。 申請者と異なる場合のみ記入してください。		
医療機関		【名称】 【所在地】 【電話番号】		
不妊治療に 要した費用		円	治療期間中医療機関の発行した領収書の 合計金額	
先進医療に 要した費用		円	不妊治療(先進医療)費医療機関等証明書 (第 2 号様式)に記載の先進医療費用	
助成金申請額		円	上限 50,000 円 (1,000 円未満切り捨て)	

町記入欄	添付書類		
	<input type="checkbox"/> 不妊治療(先進医療)費医療機関等証明書(第 2 号様式) <input type="checkbox"/> 戸籍謄(抄)本(住民票で夫婦関係が確認できない場合)		
	<input type="checkbox"/> 領収書及び診療報酬明細書 <input type="checkbox"/> 事実婚関係に関する申立書等		
<input type="checkbox"/> 住民票			
<input type="checkbox"/> 納税確認(滞納 有・無)		<input type="checkbox"/> 住民日(夫: 妻:)	
<input type="checkbox"/> 申請回数(回目)		<input type="checkbox"/> 受付者()	