第１号様式（第５条関係）

松田町不育症治療費助成金交付申請書

年　　月　　日

　松田町長　殿

不育症治療費に係る助成金の交付を受けたいので、添付書類を添えて次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　 |
| 住所 | 　松田町 |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 | 電話番号 |  |
| 申請者の配偶者 | ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 　松田町 |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 | 電話番号 |  |
| 過去の助成の有無 | 　当町において不育症治療費の助成を受けたことがありますか。　有　・　無 |
| 申請金額 | 　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 同意書　不育症治療費助成金の交付のため、申請者及びその配偶者の住民登録記載事項、納税状況の確認並びに医療機関、調剤薬局又は保険者への問い合わせなど必要な調査を、松田町職員が行うことに同意します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　配偶者氏名　　　　　　　　　　　　　　印 |

（町記載欄）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受理年月日 | 　　　　　　　　年　　　月　　　日 | 申請番号 |  |
| 住民登録の確認　 | 申請者 | 住民登録年月日　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |  |
| 配偶者 | 住民登録年月日　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |  |
| 法律上の夫婦であることの確認 |  | 滞納がないことの確認 |  |
| 添付書類 | 松田町不育症治療受診等証明書 |  |
| 不育症治療費の支払いに係る医療機関の発行する領収書及び診療報酬証明書 |  |
| 医療保険各法の被保険者であることを証明する書類の写し |  |