様式第１号（第５条関係）

　　　　　　　　　長和町不妊治療（先進医療）費用助成事業交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

長和町長　様

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療(先進医療)費用の助成を申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな |  | | 年　　月　　日生(　　歳)  電　話 | |
| 氏名 | (夫・妻) | |
| 現住所 | 〒 | | | |
| 配偶者 | ふりがな |  | | 年　　月　　日生(　　歳)  電　話 | |
| 氏名 | (夫・妻) | |
| 現住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※申請者と異なる場合に記入 | | | |
| 該当する内容の□にレ点を記入してください。  １　過去にこの助成を受けたことがありますか。  　　□ある　　今回　　　回目　　　　　　□ない | | | | | |
| 申請内容 | | 申　請　額 金　　　　　　　　　円　(助成上限額：５０，０００円)  （先進医療費自己負担分から県が助成した額をひいた額で、自己負担額の２分の１または、５万円のどちらか少ない方の額） | | | |
| 振込先 | | 口座種別 | 普通  当座 | ふりがな |  |
| 口座名義人 |  |
| 金融機関名 | 銀行・金庫・農協 | | 口座番号 |
| 店　名 | 本店・支店・出張所 | |  |

（注)１　振り込み先の金融機関は、申請者名義の口座を記入してください。

　　 ２　以下の書類を添付してください。

1. 長和町不妊治療(先進医療)費用助成事業受診等証明書(様式第２号)
2. 先進医療治療に係る領収書の原本(領収書がない場合は、助成できません)
3. 他の行政機関等から助成を受けている場合は、決定通知書の写し
4. 夫婦であることを証明できる書類(住民票等)