様式第１号（第４条関係）

#  年 　　月 　　日

長和町不育症治療費助成金交付申請書兼実績報告書兼請求書

長和町長 様

申請者 氏名

長和町不育症治療費助成事業実施要綱第４条の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、助成金の交付が決定したときは、下記口座に振込みを依頼します。また、本申請の適正を判断するために必要と認められる

事項に関し、調査することについて同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | 夫  | 妻  |
| フリ ガナ氏 　 名  |   |   |
| 生年月日  | 　　　年 月 日（ 　歳） | 　　　年 月 日　（ 　歳） |
| 住所（※１）  | 〒  電話  | 〒  電話  |
| 医療機関名  |   | 治療費支払い額 |  　　 　 円①  |
| 他行政機関等からの治療費助成（ ）  | 決定通知日  |  　　　　年 月 日  |
| 助 成 額  |  　　　　 円②  |
| 申請金額  |  　　　　 円（①－② ※上限 ２0 万円）  |
| 過去の助成状況 （長和町及び他行政機関等） 無 ・ 有  | 長和町の助成 | 時期 | 他行政機関 | 時　期 | 金　額 |  |
| 　　　　円 | 　年 　 月 | 県･市・町 | 　年 　 月 | 　　　　円 |
| 　　　　円 | 　年 　 月 | 県･市・町 |  　年 　 月 | 　　　　円 |
| 　　　　円 | 　年 　月 | 県･市・町 | 　 年 　月 | 　　　　円 |
| 　　　　円 | 　年 　 月 | 県･市・町 | 　 年 　 月 | 　　　　円 |
| 　　　　円 | 　年 　 月 | 県･市・町 | 　 年　 月 | 　　　　円 |
| 振込先    | 金融機関名  | 銀行・金庫・組合 　　　　 支店  |
| 金融機関コード |  | 店番号 |  |  |  |
| 口座種別  | １ 普通２ 当座  | フリガナ  |  |
| 口座名義人  |   |
| 口座番号  |   |   |   |   |   |   |   |

# ※ 以下、町記載欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受理年月日 | 決定年月日（交付･不交付） | 決定金額 | 受給者番号 |
|  　　年 月 日  |  　　 年 月 日  |  　　　 円  |   |

注）１ 住所（※１）は単身赴任等で住所が異なる場合それぞれに記入してください。

 ２ 振込先の金融機関は、申請者名義の口座を記入してください。

# （添付書類） １ 長和町不育症治療費助成事業受診等証明書

# ２ 不育症治療にかかる医療機関発行の領収書及び明細書（原本）

# 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

# ５ 振込先通帳の写し（申請者と同一の名義であること）