

(第1号様式第5条関係)

大磯町特定不妊治療費助成申請書

大磯町長 殿

下記のとおり、特定不妊治療費の助成を申請します。

年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			(歳)
配偶者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			(歳)
住所	〒 大磯町		電話	()
申請額	円 ※助成額は治療に要した医療費から、神奈川県の出成額を控除した額が対象となり、10万円を上限にご申請ください。		申請回数	回目 (初回申請： 年度) ※大磯町への申請状況をご記入ください。
他市町村からの特定不妊治療助成の有無 ※該当するものに○印をつけてください。 無 有 年 月 自治体名() ※直近のものをご記入ください。				
振込先	金融機関名	銀行・農協 本店・支店 信用金庫・信用組合 支所・出張所		
	預金種別	普通預金・当座預金	口座番号	
	口座名義			

なお、町民であること及び所得等を確認するため、関係機関に職員が確認することに
同意します・同意しません

(以下は記入しないで下さい。)

申請受理年月日	年 月 日	申請番号	
大磯町への 住民登録日	(申請者) 年 月 日	(配偶者) 年 月 日	
	夫及び妻が申請日に大磯町に住所を有している。		
本年度他の市町村から助成を受けていない。			
前年(前々年) の所得額	(申請者) 円	(配偶者) 円	
	合計 円		
	夫及び妻の前年(前々年)の所得の合計額が730万円未満である。		
添付書類	神奈川県の特定不妊治療費助成事業承認決定書の写し		
	神奈川県に提出した特定不妊治療費助成事業受診証明書の写し		
	神奈川県に提出した特定不妊治療に要した治療費(保険外診療)の写し		