

第1号様式（第6条関係）

大磯町不育症治療費助成申請書

年 月 日

大磯町長 殿

大磯町不育症治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

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

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	〒 ー 大磯町		電話	()
申請額	円		申請回数	回目（初回申請： 年度）
※申請額は、治療に要した医療費について、10万円を限度として申請してください。			※大磯町への申請状況を記入してください。	

(以下には記入しないでください。)

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)	(配偶者)	
	年 月 日	年 月 日	
前年(前々年) の所得額	(申請者)	(配偶者)	
	円	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	大磯町不育症治療医療機関等証明書		
	医療機関の発行する領収書及び診療報酬明細書		
	健康保険証等の写し		
	町民であること、所得及び納税状況が確認できる書類 ※関係機関に職員が確認することに同意した場合は、不要		