

第1号様式(第7条関係)

大磯町不妊治療費(先進医療分)助成申請書兼請求書

(宛先)大磯町長

年 月 日

次のとおり、大磯町不妊治療費(先進医療分)助成事業実施要綱第7条の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請者	(ふりがな) 氏 名	()	生年月日 (年齢)	年 月 日(歳)			
	住所	郵便番号()		電話 ()			
配偶者等	(ふりがな) 氏 名	()	生年月日 (年齢)	年 月 日(歳)			
	住所	郵便番号()		電話 ()			
事実婚の方はこちらにチェックをお願いします。(過去に事実婚で助成を受けた方を含む。) ☐							
先進医療にかかった費用		金 円		受診等証明書(第2号様式)に記載の「先進医療にかかった費用」を記載 (※領収書・明細書があること)			
助成金申請額		金 円		上段「先進医療に要した費用」に10分の7を乗じた金額 上限50,000円			
同意欄	助成申請を行うに当たり、大磯町に対して、次のことに同意します。 (次の各項目を確認いただき、必ず、 ☐ にチェック(レ)のうえ、申請者・配偶者等欄に署名してください。)						
	☐ 先進医療に係る費用の助成について、他の自治体から助成金等の交付を受けておらず、また大磯町が必要に応じて、他の自治体と情報共有することに同意します。						
	☐ 大磯町が住民基本台帳及び市税等の納税状況を確認すること、又は必要に応じて、医療機関、調剤薬局、保険者等の関係機関に必要な情報を確認することにそれぞれ同意します。						
	☐ 大磯町による助成後において、申請書の記載事項について虚偽であることが判明した場合には、助成した額を大磯町に返還することに同意します。						
	申請者署名				配偶者等署名		
※夫婦のいずれか 振込先	金融機関・支店	金融機関名		銀行 金庫 農協 他	銀行コード		
		支店名		本店 支店 出張所	支店コード		
	預金の種類	普通・当座	(フリガナ) 口座名義人				
	口座番号						(右詰記入)

- (注)1 太枠の中を記入してください。
- 2 申請時には次に掲げる書類等が必要です。
- (1) 大磯町不妊治療費(先進医療分)助成事業受診等証明書(第2号様式)
 - (2) 助成対象となる治療に要した治療費の領収書及び診療報酬明細書の原本
 - (3) 治療を受けた方の健康保険資格確認書等の写し
 - (4) 住民票の写し
 - (5) 戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)又は戸籍個人事項証明書(戸籍抄本)※発行後3か月以内のもの
 - (6) 事実婚の夫婦にあっては、事実婚関係に関する申立書(第3号様式)又はパートナーシップ宣誓証明書等の写し
 - (7) 納税状況が確認できる書類
 - (8) 振込先に指定する口座が確認できる書類 ※通帳、キャッシュカードなどの金融機関・支店名(コードも含む)、預金の種類、口座名義人(主にカタカナ)、口座番号が確認できるもの
- ※(4)(5)(7)については、同意の上、町で内容を確認できる場合は不要