

金山町不育症治療費助成申請書

	氏名	生年月日	年齢	住所
申請者		年 月 日	才	金山町大字
配偶者		年 月 日	才	※申請者と住所が異なる場合のみ記入
振込先	金融機関名	銀行・農協・金庫・組合		
	本・支店	本 ・ 支店		
	口座番号	普通 ・ 当座 ・ その他 番号)		
	口座名義人	(フリガナ)		

金山町長 様

関係書類を添えて、金山町不育症治療費助成事業による助成金を申請します。

また、申請者に係る婚姻の事実世帯の住民登録の記載事項及び納税状況の確認並びに必要なに応じ医療機関・調剤薬局又は保険者への問い合わせを金山町が行うこと、町税等の納付状況を閲覧することに同意します。

申請者(同意者)	氏名	印
配偶者 (同意者)	氏名	印
助成申請額	円	

《金山町処理欄》 ☐ 県不育症治療費助成申請書・同明細書・同決定通知書

☐婚姻の事実を証するもの ☐ 保険証(申請者・配偶者) ☐医療機関の領収書・明細書

☐他の助成金、附加給付、高額療養費の額がわかる書類

☐ 通帳等の写し(名義・口座番号の分かるもの) ☐その他 ()

費用額	県助成額	高額療養費・附加給付	その他控除すべき額	助成限度額
(A)	(B)	(C)	(D)	A- (B+C+D)
円	円	円	円	円