

年 月 日

助成金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。なお、審査のため、町が保有する住民基本台帳等の公簿、収納状況等を確認すること並びに他自治体及び医療機関へ照会することに同意します。

申請者	夫	ふりがな													生年月日	年 月 日 () 歳			
		氏 名																	
		現 住 所	〒																
		電話番号	【 自 宅 ・ 携 帯 】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入してください。																
	妻	ふりがな													生年月日	年 月 日 () 歳			
		氏 名																	
		現 住 所	〒																
		電話番号	【 自 宅 ・ 携 帯 】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入してください。																
(A) 当該年度において対象治療に要した自己負担額（保険適用のみ） _____円																			
(B) 付加給付金 _____円																			
(C) 助成対象一般不妊治療費（A）－（B） _____円																			
助成金申請額 （C） _____円 ※1,000円未満切捨て。10万円を超える場合は、10万円と記入してください。																			
過去の助成	助成金申請状況（該当に☑、必要事項記入）																		
	過去にこの助成金を受けたことがありますか。	1. 越生町での助成歴の有無、回数 □あり（ _____回） □なし										(第1回 年度) (第2回 年度) (第3回 年度) (第4回 年度) (第5回 年度) (第6回 年度)							
		2. 他の自治体での助成歴の有無、回数 □あり（ _____回） □なし										前回申請時 (_____年度 自治体名 金額： _____円)							
振込先	フリカドナ																		
	口座名義																		
	金融機関名											預金種別		普通 ・ 当座					
	本・支店名	本店・支店										口座番号							

(裏)

※以下、町記入欄

受給者番号		助成回数	通算		回目		治療開始時妻年齢	歳
自治体 照 会	☐ 要 ☐ 否	過去の助成歴 (一般不妊治療を含む。)	(当町・他自治体)	(年度 回)	(年度 回)	(年度 回)	(年度 回)	(年度 回)
要件確認	☐ 夫婦 ☐ 現住所 ☐ 回数 ☐ 他市町村助成 ☐ 町税等の滞納状況 ☐ 治療期間中の住民歴							
助 成 内 容	治療費支払額 円	助成対象額 円	支給決定額 円	支給年度 年度	支給決定年月日 年 月 日			