

七ヶ宿町にぎやか家族応援事業助成金申請書

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

七ヶ宿町長 様			
関係書類を添えて七ヶ宿町にぎやか家族応援事業助成金を申請します。			
また、町が本申請の審査に関して関係機関に照会することに同意します。			
申請者	ふりがな 氏名 (夫)	電話番号	
		生年月日	年 月 日 (歳)
	ふりがな 氏名 (妻)	電話番号	
		生年月日	年 月 日 (歳)
<input type="checkbox"/> (チェック) ※事実婚の方はこちらにチェック (申立書が必要です)			
住所1		〒	七ヶ宿町字
住所2 (夫婦の住所が異なる場合)		〒	七ヶ宿町字

関係するところにチェックまたは金額を記入してください。

交通費	添付書類	なし
	確認事項	<input type="checkbox"/> 交付決定後、通院から1年以内の領収書と明細書を窓口に提出
不妊検査費	申請金額	金 円 (夫婦1組につき1回限り上限5万円)
	添付書類	<input type="checkbox"/> 不妊検査費助成事業に係る受診等証明書 (様式第2号) <input type="checkbox"/> 夫が妻と別の医療機関で受けた場合は、領収書及び明細書
	確認事項	<input type="checkbox"/> 検査終了日または検査開始日から1年を経過した日のいずれか早い日から1年以内の申請である <input type="checkbox"/> 夫婦の両方が検査を受けている <input type="checkbox"/> 他自治体等において同様の助成を受けていない
不妊治療費	申請金額	金 円 (1回あたり上限5万円)
	添付書類	<input type="checkbox"/> 不妊治療費助成事業に係る受診等証明書 (様式第3号)
	確認事項	<input type="checkbox"/> 検査日から1年以内の申請である <input type="checkbox"/> 治療開始日の妻の年齢が43歳未満である <input type="checkbox"/> 助成対象となる治療は、保険診療と組合せて実施された先進医療である

助成金の支払いを受ける振込口座を記入してください。

振込先	金融機関名	銀行	本店
		金庫	支店
		農協	出張所
	口座種別	普通	口座番号
	ふりがな 口座名義人		