

新冠町マザーリーフ助成金交付申請書

(新冠町不妊症治療助成金交付申請書)

令和 年 月 日

新冠町長 様

申請者 住 所 新冠町字

氏 名

(Tel ())

新冠町マザーリーフ事業助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

なお、助成金交付決定の審査にあたり、新冠町職員が関係機関等に対し治療状況や助成状況、並びに私の世帯に係る住民登録資料、税務資料その他の関係資料について、調査、照会、閲覧することを承諾します。

(ふりがな) 夫の氏名		夫の生年月日 (年齢)	年 月 日	(歳)
(ふりがな) 妻の氏名		妻の生年月日 (年齢)	年 月 日	(歳)
助成金交付申請額	金 円			
北海道による助成の有無	有 (助成金額 円) 無			
今回の検査に要した経費	検査費総額；	円	【検査費・治療費 合計】	
今回の治療に要した経費	治療費総額；	円	円	
本年度の申請回数	第 回目			
振込先金融機関名		種目	口座番号	
苫小牧信用金庫 新冠支店 新冠町農業協同組合 本所 (その他)		1 普通 2 当座 3 その他		
フリガナ				
口座名義				

町 確 認 欄	確認区分	確認の結果			確認印	担当課
	住所登録(婚姻)	有	無			町民生活課
	納税状況	完納	滞納	誓約書		財務課
	助成判定	可	否	否決の理由		

(添付資料～該当項目の番号に○印)

- 医療機関発行の不妊症治療に要した費用に係る領収書(内容がわかるもの)又は領収書の写し
- 道助成交付決定書の写し(不妊症治療で道助成を受けている場合に限る。)又は不妊症治療受診に関する証明書(様式第4号)
- 口座番号等が確認できるもの(通帳の写し)