様式第１号（第４条関係）

**〔県町連携事業〕**

鬼北町不妊治療等交通費助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

鬼北町長　様

〔申請者〕

　　住　　　所

氏　　　名

電話番号　　　（　　　）

鬼北町不妊治療等交通費助成金の交付を受けたいので、下記の通り申請します。

また、本申請の審査に関し、申請内容の確認のために町税の滞納状況、住民基本台帳等について閲覧することに同意いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 通院対象者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　年　　　月　　　日 |
| 申請回数 | 　初回・２回目以降（　　　回目） |
| 通院内容 | 不妊治療　・　妊産婦健康診査 |
| 通院回数 | 　　　　　回 |
| 医療機関名住所 |  |
| 交通費助成金申請・請求額5,000円×通院回数（上限100,000円） | 　　　　　　　　　　　　　円 |

○振込先口座

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名※いずれかに○ |  | 本店支店支所 |
| 預金種別※いずれかに○ | 普通・当座 | 口座番号※右詰めで記入 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

【添付書類】

□　通院に係る領収書の写し（不妊治療）　□ 母子健康手帳（妊産婦）

□　申請者名義の振込先口座の通帳の写し