

## 新冠町マザーリーフ助成金交付申請書

（新冠町不育症治療助成金交付申請書）

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 日生 ( 歳)
(ふりがな) 妻の氏名		妻の生年月日 (年齢)	年 月 日生 ( 歳)
助成金交付申請額	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	1. 銀行 5. 労金 2. 信金 6. 農協 3. 信組 7. 漁協 4. 信連 8. 信漁連	支店名	本店・支店・店 本所・支所 代理店・出張所
分 類	1. 普通 2. 当座	口座 番号	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)

- 1 医療機関発行の不育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
- 2 道助成交付決定書の写し（不育症治療で道費助成を受けている場合に限る。）又は不育症治療受診に関する証明書（様式第5号）
- 3 口座番号等が確認できるもの（通帳の写し）