

磐梯町こうのとり支援事業助成金交付申請書及び請求書

	氏名	生年月日	年齢	加入保険者の名称 及び記号・番号	
申請者		年 月 日	才	名称	
				記号	
				番号	
配偶者		年 月 日	才	名称	
				記号	
				番号	
申請者住所	磐梯町大字 字				
配偶者住所	※申請者と住所が異なる場合のみ記入				
振込先	金融機関名	銀行 ・ 金庫 ・ 組合			
	本・支店	本 ・ 支店			
	口座番号	普通 ・ 当座 ・ その他 No)			
	口座名義人	(フリガナ)			

磐梯町長 様	
<p>関係書類を添えて、上記のとおり磐梯町こうのとり支援事業による助成金を申請します。 また、磐梯町こうのとり支援事業助成金の額を算定するため、申請者世帯の住民登録の記載事項及び納税状況の確認並びに必要な応じ医療機関・調剤薬局又は保険者への問い合わせを磐梯町が行うこと、町税等の納付状況を閲覧することに同意します。</p>	
申請者(同意者)	氏名

補助申請額	円

《磐梯町処理欄》

- 書類等確認
- 保険証(申請者・配偶者)
 - 医療機関証明書(様式第2号又は様式第3号)
 - 医療費領収書の写し
 - 診療明細書の写し
 - 通帳等の写し(名義・口座番号の分かるもの)
- (県事業対象の場合) 福島県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
- 福島県不育症治療費助成承認決定通知書の写し
- (事実婚の場合) 戸籍謄本 事実婚関係に関する申立書(様式第6号)