

様式第1号（第6条関係）

内子町不育症治療費助成事業申請書兼同意書

関係書類を添えて次のとおり内子町不育症治療費助成金を申請します。なお、本申請に係る必要事項の確認のため、同一世帯家族の町税等の納付状況及び住民基本台帳について内子町が確認することに同意します。

年 月 日

申請者住所

申請者氏名

夫	フリガナ		生年月日
	氏 名		年 月 日
	住 所	〒 電話	
妻	フリガナ		生年月日
	氏 名		年 月 日
	住 所	〒 電話	
医療機関での医療費自己負担額			円
上記のための治療に係る院外処方薬局自己負担額			円
合 計（助成上限額：50,000円）			円

【添付書類】

- 1 医療費や治療内容が分かる書類（治療を実施した医療機関が発行する領収書と診療費明細書等）
- 2 健康保険証及び本人が確認できる書類（運転免許証・マイナンバーカード・パスポート等）
- 3 その他町長が必要と認める書類

【注意事項】

- 1 文書料や入院に関する部屋代及び食事代は対象となりません。
- 2 申請者又は配偶者に町税の滞納がある場合は、助成金は交付されません。
- 3 必要な場合は、医療機関に照会させていただくことがあります。

上記の者より助成金交付の申請があったので、下記の調査を依頼します。

年 月 日

税務課長 様

保健センター長

町税の滞納の有無

滞納なし

滞納あり

町税納税状況は上記のとおりです。

年 月 日

税務課（担当： ）

事実婚に関する申立書

年 月 日

内子町長 様

私どもは、事実婚であることを申し立てます。
なお、不妊治療等の結果、出生した子について、認知を必ず行います。

妻	ふりがな 氏 名	生年月日
	住 所	
夫	ふりがな 氏 名	生年月日
	住 所	

※別世帯の理由（夫と妻が別世帯または別住所になっている場合に記入）