

年度 智頭町不育症検査治療費助成金交付申請書兼請求書

標記助成金について、智頭町補助金等交付規則の規定により下記のとおり申請します。なお、交付決定後は交付決定額を請求します。

記

申請者	ふりがな		性別	男 ・ 女	
	氏名		生年月日 (和暦)	年 月 日 (歳)	
	現住所	〒	電話		
配偶者	ふりがな		性別	男 ・ 女	
	氏名		生年月日 (和暦)	年 月 日 (歳)	
	現住所	〒	電話		
*申請者と異なる場合に記入					
助成金が交付決定された場合は、下記の振込口座へ振り込んでください。					
振込先	ふりがな		貯金種別	普通 ・ 当座	
	口座名義人 (※申請者名義)				
	金融機関名	銀行 金庫 本店 支店 出張所 組合 農協	口座番号		
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
検査内容又は治療内容 *1	検査内容 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピン抗体 I g M <input type="checkbox"/> 抗PE抗体 I g G <input type="checkbox"/> 抗PE抗体 I g M <input type="checkbox"/> 抗PT抗体 <input type="checkbox"/> その他の検査 <input type="checkbox"/> NK活性 <input type="checkbox"/> リンパ球混合培養 <input type="checkbox"/> Th1 / Th2 <input type="checkbox"/> 上記以外の検査 ()	治療内容 <input type="checkbox"/> ヘパリンカルシウム 20,000 単位 <input type="checkbox"/> 在宅自己注射管理料 <input type="checkbox"/> その他の治療内容 ()			
住民票省略	<input type="checkbox"/> 私 (申請者) 及び配偶者の住所等を住民基本台帳で確認することに同意し、住民票の添付を省略します。(該当の場合は <input checked="" type="checkbox"/>)				
算定基準額*2	金 円				
交付申請額	金 円 (算定基準額×1/2、同一夫婦につき1年度につき上限10万円)				

*1 智頭町不育症検査治療実施医療機関証明書に記載されている「検査内容又は治療内容」に。

*2 智頭町不育症検査治療実施医療機関証明書に記載されている「領収金額」を記入する。

【添付書類】

- 智頭町不育症検査治療実施医療機関証明書 (様式第2号)
- 医療機関が発行する助成対象経費にかかる領収書及び診療明細書の写し
- 申請者の住民票 (申請日の3か月以内に発行されたもの)

※智頭町に住所を有する者で、申請者の住所等を住民基本台帳で確認することを承諾する者は、住民票の添付を省略することができる。

智頭町 記入欄	交付決定年月日 (請求年月日)	年 月 日	交付 決定額	円	受給者 番号	
------------	--------------------	-------	-----------	---	-----------	--