

特定不妊治療費助成事業申請書

美波町特定不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えてつぎのとおり申請します。

	夫	妻
(ふりがな) 氏名		
生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
住 所	〒 電話 ()	
上記以外 の住所 (※1)	〒 電話 ()	
過去の助成の有無 (※美波町以外の 自治体も含む)	無 ・ 有 〔 有の場合は、自治体名、助成時期及び助成金額を記入下さい。 〕	
申請金額	金 _____ 円	
美波町長 _____ 様 年 月 日 申請者 氏名 _____ ① 申請者の配偶者 _____ ② (申請者及び配偶者がそれぞれ自署押印)		
申請受理年月日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
受給者番号	助成回数	回目

(注) 1 太枠の中をご記入ください。

2 ※1 は、夫婦の住所が、単身赴任等で異なる場合のみ記入してください。

【添付書類】

- 1 徳島県こうのとりのり応援事業承認決定通知書
- 2 徳島県こうのとりのり応援事業受診等証明書
- 3 法律上の婚姻関係にあることを証明できる書類（戸籍謄本等）
- 4 住所を確認できる書類（住民票等）
- 5 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書
- 6 町税納税証明書
- 7 その他町長が必要とするもの

◎徳島県が交付するこうのとりのり応援事業承認決定通知書により、添付書類（2~5）は写しに替えることができます。また、公簿等で確認できる場合は添付書類を省略することができます。

治療費総額 _____ 円