

様式第 1 号 (第 5 条関係)

下郷町特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

下郷町長 様

申請者 住所  
氏名

(対象者との続柄: )

下郷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、関係書類を添えて申請します。

フリガナ 氏名	夫		妻	
生年月日		年 月 日 ( 歳 )		年 月 日 ( 歳 )
住所	〒 - 電話 ( - - )		下郷町大字 字	
夫婦の住所が異なる場合※	〒 - 電話 ( - - )		下郷町大字 字	
過去における申請の有無	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( ) 回 初めて申請したときの治療開始日の年齢は 4 3 歳⇒ <input type="checkbox"/> 未満・ <input type="checkbox"/> 以上			
	申請時期	自治体名	助成金額	初回申請時治療終了日
	年 月		円	いずれかに○ ( ) H28.1.19 以前 ( ) H28.1.20 以降
	年 月		円	
	年 月		円	
	年 月		円	
	年 月		円	
	年 月		円	
助成申請額	a 特定不妊治療助成申請額		円	助成申請合計額 (a+b)
	b 男性不妊治療助成申請額		円	円

※夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

同意書	特定不妊治療費助成金の交付申請にあたり、下郷町長が支給の決定に関して、必要な住民情報及び課税資料等の情報を閲覧し確認することを承諾します。また、助成の適正を図るために必要な場合は、他の自治体に情報の照会、提供すること及び医療機関に受診等証明書の内容を照会することについて同意します。
	氏名 印 氏名 印

下郷町記載欄

受給者番号		過去の助成回数	年間 回
算定額	費用額 (A)		円
	県 (他自治体) 助成額 (B)		円
	助成金対象額 (A - B)		円
	助成金額		円
審査	<input type="checkbox"/> 住民票	定住日 ( 年 月 日)	適・不適
	<input type="checkbox"/> 町税等	適・不適 ( )	
	<input type="checkbox"/> その他	適・不適 ( )	