

聖籠町特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

聖籠町長 様

（申請者）

住所 聖籠町大字

氏名

下記のとおり聖籠町特定不妊治療費助成事業の申請をします。

記

対象者	夫	氏名			
		生年月日	年	月	日生（ ）歳
		住所			
	妻	氏名			
		生年月日	年	月	日生（ ）歳
		住所			
助成申請額		円	1回の治療につき10万円を上限とする。		
今回の申請回数		回目	前回の申請		年 月
今回の治療に対し、新潟県や他の自治体での不妊治療費助成申請の有無			有 ・ 無		
特定不妊治療費助成金の交付申請にあたり、聖籠町長が支給決定に関して助成の適正を図るため、聖籠町における納税状況を確認すること、また必要に応じて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（夫）					
氏名（妻）					
振込指定機関	銀行名	銀行・農協 信組・信金 ・労金	口座番号	普通 当座	
	支店名	本店・_____支店	口座名義	カタカナで	

（裏面に続く）

添付書類

聖籠町特定不妊治療費助成事業受診等証明書（新潟県特定不妊治療費助成事業（以下「県事業」という。）の申請をしている場合は、当該申請時に添付した県事業受診等証明書の写しでも可）

特定不妊治療を受けた医療機関が発行する領収書（県事業の申請をしている場合は、当該申請時に添付したものの写しでも可）

住民票（続柄、本籍記載のもの。夫婦の住所が異なる場合はそれぞれの住民票が必要）

戸籍謄本（住民票で夫婦であることが証明できないときのみ必要）

新潟県特定不妊治療費助成事業決定通知書（県事業による助成を受けている場合）

助成金の振込について

- ・助成金の振込は、申請があった日の翌月末とする。