

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

TEL

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年度につき15万円を上限とする。				
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		

聖籠町特定不妊治療費助成事業申請書

記入日
(今日の日付)

〇〇年〇〇月〇〇日

聖籠町長 様

申請者は口座名義人と合
わせてください。
例（口座名義）夫
→（申請者）夫

(申請者)

住所 聖籠町大字諏訪山 825

氏名 聖籠 太郎

TEL 21-6511(携帯でもOK)

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	聖籠 太郎
		生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日 生 (〇〇) 歳
		住 所	同上
	妻	氏 名	聖籠 花子
		生年月日	△△年 △△月 △△日 生 (△△) 歳
		住 所	同上
助成申請額 100,000 円		※ 1年度につき15万円を上限とする。	
今回の申請回数 3 回目		前回の申請 〇〇年〇〇月	
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) 聖籠 太郎
氏 名 (妻) 聖籠 花子

振込指定機関	銀行名	銀行 聖籠 ・農協 信組・信金 ・労金	口座番号	普通 1234567 当座
	支店名	本店・聖籠 支店	口座名義	※カタカナで セイロウ タロウ