

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、国や他の地方公共団体での不妊治療費助成申請の有無			有 ・ 無		
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">氏 名 (夫) 氏 名 (妻)</p>					
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

- ① 聖籠町特定不妊治療費助成事業受診等証明書
- ② 特定不妊治療を受けた保険医療機関が発行する領収書
- ③ 戸籍謄本、その他法律上婚姻関係であることを証明できる書類（別居の場合のみ必要）
- ④ 特定不妊治療費助成事業決定通知書（国又は他の地方公共団体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。

聖籠町特定不妊治療費助成事業申請書

聖籠町長 様

記入日
(今日の日付)

〇〇年〇〇月〇〇日

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 27-6511(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、国や他の地方公共団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・農協 聖籠 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