

不妊治療費助成交付申請書

年 月 日

湧水町長 様

申請者 住所 湧水町
氏名

湧水町不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

記

ふりがな				
氏名	夫		妻	
生年月日		年 月 日(歳)		年 月 日(歳)
住所	〒 湧水町 電話番号			
夫婦の住所が異なる場合※	〒 電話番号			
過去の助成実績	他の市町村（政令市・中核市を除く）において、過去に不妊治療助成を受けたことが（ある・ない） ○上記で「ある」の場合、その回数（ 回） ○本町で助成を受けた回数（ 回）			
給付を受けようとする助成金の額		円		

※夫婦の住所が異なる場合とは、夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

同意書	<p>本申請の審査において、夫婦の各税金等、町営住宅の住宅使用料、水道使用料及び保育園保育料等の収納状況を閲覧することに同意します。</p> <p>また、助成の適性を図るために必要な場合は、他の自治体に情報の照会及び提供することについて同意します。</p> <p style="text-align: right;">氏名 夫 妻</p>
-----	---

（添付書類）

- 1 不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）
- 2 鹿児島県の先進医療不妊治療費助成事業承認決定通知書及び不育症検査費用助成事業承認決定通知書がある方は、その写し及び治療に要した領収書の写し

（行政記載欄）

申請受理 年 月 日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
受給者番号			