

川辺町特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

川辺町長 様

関係書類を添えて、下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。  
 なお、同要綱第3条に定める町税等の納付状況の閲覧について同意します。

		フリガナ 氏名	生 年 月 日
対象者	夫		年 月 日 ( 歳)
	妻		年 月 日 ( 歳)
	住 所	〒	電話 ( )
	夫と妻の住所が異なる場合には、本欄にも記入(*1)	〒	電話 ( )
申請額 金 _____ 円(治療に直接要した費用。ただし、10万円を超える場合は10万円とする。) 申請の適正を判断するために必要な場合は、他の自治体に対する申請(助成)に係る情報の照会及び提供並びに医療機関に対する治療内容等の照会について同意します。 申請者 _____ 申請者の配偶者 _____			
過去の助成の有無等 (該当する箇所には○を付けるか、又はご記入ください)	過去に、岐阜県又は他の自治体から特定不妊治療にかかる助成を受けたことがありますか。(現在申請中のものも含まれます。) ない・ある(ある場合、自治体名 _____ 助成の時期 _____ 年 _____ 月)		
申請受理年月日	年 月 日	承認・不承認 決定年月日	年 月 日

\*1 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。  
 注) 太枠の中をご記入ください。

- (添付書類) 1 川辺町特定不妊治療費助成事業受診等証明書(様式第2号)  
 2 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書(写しでも可)  
 3 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明する書類  
 4 夫及び妻の住所を確認できる書類