

不育症治療費等助成申請書

関係書類を添えて、不育症治療費の助成を申請します。

	(ふりがな) 氏名	生年月日
夫	()	年月日生(歳)
妻	()	年月日生(歳)
住所(※1)	〒	電話() 携帯()
住所(※2)	〒	電話() 携帯()

過去にこの助成を受けたことがありますか。

1 ない

2 ある 今回の申請は()年目、通算()回目

助成を受けた自治体名 都・道・府・県 市・町・村

助成を受けた時期 年月 年月 年月

申請者氏名

*以前の受給歴について、他自治体に確認することを同意します。

申請額 金_____円

年月日

東員町長 宛て

振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協				本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()		
	口座番号					(左詰記入)

申請受理年月日 県補助金(有・無)	(市町)	(県)	(承認・不承認)			
						決定年月日
受給者番号						

注)太枠の中を記入してください。

※1:夫の住所を記入する。

※2:夫婦の住所が異なる場合、妻の住所を記入する。

- (添付書類) 1 不育症治療受診等証明書(医療機関の証明)
 2 医療機関発行の領収書(原本)
 3 事実婚の関係にある場合、上記に加えて以下の書類が必要
 ・両人の世帯全員の住民票及び戸籍謄本
 ・事実婚関係に関する申立書
 ・出生した場合の子の認知に関する意向書(任意様式)