

中土佐町長

様

住 所

氏 名

㊟

中土佐町不妊治療費等助成事業申請書

中土佐町不妊治療費等助成事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり申請いたします。

申請年度・回数		()年度()回目		通算年度・回数		()年度目・()回目	
区 分		<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 ()年目 <input type="checkbox"/> 特定不妊治療 ()回目					
夫	フリガナ			生年 月日	昭和 平成	年 月 日 ()歳	
	氏名						
	住所	〒(-) 電話番号 ()					
妻	フリガナ			生年 月日	昭和 平成	年 月 日 ()歳	
	氏名						
	住所	〒(-) 電話番号 ()					
助成状況		<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> ある ()回			
助成団体 自治体		団体名：() 自治体名：()都・道・府・県 ()市・区・町・村					
添付書類		<input type="checkbox"/> 法律上の婚姻関係を証明することができる書類(戸籍謄本) <input type="checkbox"/> 夫及び妻の住所、住民となった日、前住所、続柄を確認することができる書類(住民票) <input type="checkbox"/> 中土佐町不妊治療費等助成事業医療機関受診証明書(様式第2号) <input type="checkbox"/> 医療保険被保険者証等の写し <input type="checkbox"/> 不妊治療に要した経費の領収書 <input type="checkbox"/> 県やその他の団体が実施する不妊治療支援事業等の助成額が確認できる書類(助成がある場合) <input type="checkbox"/> 事実婚関係に関する申立書(様式第3号) (婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合) <input type="checkbox"/> その他町長が必要と認める書類					
助成対象経費		円		助成申請額		円	
振込先	金融機関			口座番号 (7ケタ)		(普・当)	
	支店			口座名義 (カタカナ)			
受理年月日		年 月 日		決定年月日		年 月 日	
受給者番号				助成決定額		円	