

出雲崎町不妊治療費助成事業申請書

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。

平成 年 月 日

出雲崎町長 様

※太枠内をご記入ください。

夫	ふりがな 氏名								
	生年月日	年 月 日生(歳)							
	住所	〒 電話 ()							
妻	ふりがな 氏名								
	生年月日	年 月 日生(歳)							
	住所 ※夫婦の住所が異なる場合に記入	〒 電話 ()							
今回の申請回数		回目(前回の申請 年 月)							
今回の治療に対し、新潟県や他の自治体での不妊治療費助成の申請の有無							有 ・ 無		
申請者氏名		_____ 印 (夫及び妻が自署もしくは記名押印)							
申請額金		_____ 円							
		(新潟県や他の自治体から助成を受けた金額 金 _____ 円)							
振込先	金融機関名	銀行 支店							
	預金種別	普通・当座	口座番号						
	ふりがな 口座名義人								

- ※(1) 夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻の住所が異なる場合などです。
 (2) 夫婦の住所が異なる場合は、それぞれの住所地における申請の有無について確認させていただきます。
 (3) 振込先には、夫婦どちらかの名義の金融機関を指定してください。
 (4) 添付書類は、次のとおりとします。なお、新潟県特定不妊治療費助成事業申請時に添付した書類の写しについても認めます。
 ①不妊治療費助成事業受診等証明書(領収書添付)
 ②戸籍謄本
 ③住民票(夫婦の住所が異なる場合はそれぞれの住民票が必要)
 ④外国人の方は②③の代わりに外国人登録原票記載事項証明書
 ⑤町税等の未納がないことを証明する書類
 ⑥その他の関係書類(新潟県特定不妊治療費助成事業決定通知書等)

以下町記入

上記の申請について、以下のとおり決定してよろしいか お伺いします。	起案	・	・	
	決裁	・	・	
決 定	課長	参事	係長	係
<input type="checkbox"/> 助成する 助成決定額 _____ 円 <input type="checkbox"/> 助成しない				