

年度 不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

ときがわ町長 様

申請者 住所  
氏名

ときがわ町不妊治療費助成金の交付を受けたいので申請します。

		住 所	氏 名	生年月日	個人番号
対象者	夫				
	妻				
婚姻年月		昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月			
不妊検査・治療を要した期間		年 月 日～ 年 月 日			
過去の状況	ときがわ町不妊治療費助成事業	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 助成回数 回 )			
	ときがわ町早期不妊治療費助成事業	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 助成回数 回 )			
	埼玉県不妊治療費助成事業	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 助成回数 回 )			
	その他助成事業	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 名称： ( 年度助成額 円)			

交付を受けようとする額	円
-------------	---

<p><b>同意書</b></p> <p>助成要件を確認するため、町が保有する住民基本台帳等の公簿及び徴税等の収納状況等を確認すること並びにこれらの事項又は治療内容について他の地方公共団体及び当該申請に関する不妊治療を実施した医療機関に照会することに同意します。</p> <p>氏名 (夫) (妻)</p>
---

- 〈添付書類〉 ①自己負担支払証明書（様式第2号）（様式第3号）  
②不妊検査・治療に要した費用の自己負担額の領収書