

不妊治療費助成事業申請書

関係書類を添えて、次のとおり不妊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	〒 電話	
過去に、この助成金を受けたことがありますか。 ・な い ・ある→過去 (回)		
申 請 者 氏 名	同 意 書	
	助成申請について、申請医療機関と豊浦町が申請の事実を共有することに同意します。 豊浦町が、申請事項確認のため健康保険の加入状況、住民基本台帳、町税納税状況等について、公簿等を閲覧し調査することに同意し、引き続き定住の意思があることを条件に申請します。	
	不妊治療費に係る一切の権限を代表して行う者	
	印	印
	(夫及び妻が記名押印)	
申請金額 金	円	
年 月 日		
	豊浦町長 様	
振込先金融機関の名称及び口座番号等		
振込先銀行等の名称	口座番号	口座名義
銀行 本・支店	普通 当座	ふりがな()
※ 町 記 載 欄		
決定年月日		收 受 印
認 否	承 認・ 不承認 (理由)	
決 定 金 額	(一般不妊治療は1年度につき10万円を限度)	

