

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	
当該申請について、他の自治体より助成を受けたことがありますか。 ない ・ ある		
申 請 者 氏 名	同 意 書	
	<p style="text-align: center;">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、申請します。</p> <p style="text-align: center;">不妊治療費に係る一切の権限を代表して行う者</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(夫及び妻が記名)</p>	
申請金額 <u> </u> 金 <u> </u> 円 年 月 日 <p style="text-align: right;">豊浦町長 様</p>		
振 込 先	銀行・金庫 組合・農協	本店 支店
口座番号	普通 当座	口 座 名 義 ふりがな

※ 町 記 載 欄

決定年月日	年 月 日	収 受 印
認 否	承 認 ・ 不 承 認 (理 由)	
決 定 金 額	円	