

特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

森町長 太田 康雄 様

申請者 住所 森町

氏名

印

電話 ()

特定不妊治療費助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

(ふりがな) 夫の氏名			夫の 生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
(ふりがな) 妻の氏名			妻の 生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
(夫妻一方の住所が申請者の住所と異なる場合は、その異なる住所を記入)	〒		電話 ()	
指定医療機関				
治療開始時の年齢	歳	回数	回目	
過去に、静岡県又は他の都道府県・指定都市・中核市で、この補助金の交付を受けたことがありますか。 無・有 → () 都道府県・市で()回				
金融機関名	銀行		本店	
	金庫		支店	
	農協		支所	
貯金 種別	普通 当座	(ふりがな) 口座 名義人	()	
口座 番号				

同意書	森町特定不妊治療費助成要綱第3条の規定について確認するため、職員が町税等について、関係機関に問い合わせることに同意します。 申請者 氏名 印
-----	---

(添付書類)

- 1 静岡県に提出した特定不妊治療受診等証明書の写し
- 2 静岡県発行の補助金交付確定通知書
- 3 特定不妊治療を受けた指定医療機関発行の領収書
- 4 夫及び妻の戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書の写し