

一宮町長 様

一宮町特定不妊治療費助成申請書

特定不妊治療費助成金の助成を受けたいので、一宮町特定不妊治療費助成規則第5条の規定により必要書類を添えて下記のとおり申請します。

記

申請者	夫	ふりがな		生年月日	年 月 日
		氏名			
	妻	ふりがな		生年月日	年 月 日
		氏名			
住所	〒		電話		
住所	〒		※夫婦の住所が異なる場合記入 電話		
過去にこの助成を受けたことがありますか ない ・ ある → 過去（ ）回受けた 助成を受けた自治体（ ）					
助成申請額 _____円					
<p><u>同意書</u></p> <p>特定不妊治療費の助成金の支給にあたり、町職員が住所、婚姻関係の有無及び町税の納付状況について公簿等を確認すること、並びに医療機関又は健康福祉センター（保健所）等へ確認することについて同意します。また、転入した場合など以前の受給歴について、以前居住していた自治体に確認することに同意します。</p> <p>夫 氏 名 _____ 印 妻 氏 名 _____ 印</p>					
振込先	銀行	支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	ふりがな	
				口座名義人	
				口座番号	
※受付年月日		年 月 日		※備考	

※欄は記入しないでください。

- 添付書類
- 千葉県に提出した特定不妊治療受診等証明書の写し
 - 千葉県特定不妊治療費助成承認決定通知書
 - 治療期間内の領収書
 - 通帳・印鑑
 - 町外配偶者の住民票（居住市町村で同様の助成を受けているかを確認する。）