

様式第1号（第6条関係）

大津町一般不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

大津町長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

（口座名義人と同一）

電話番号（ ） —

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

対 象 者	夫	ふりがな	生 年 月 日	年 月 日
	妻	ふりがな		年 月 日
	住所 ※1	電話番号（ ） —		
申 請 額	金 円			

※1 単身赴任等で申請者と異なる場所に住所を有する等、夫婦の住所が異なる場合等に記入する。

【添付書類】

- 1 大津町一般不妊治療費助成事業に関する同意書（様式第1号の2）
- 2 大津町一般不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）
- 3 一般不妊治療に係る領収書
- 4 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類
- 5 住民票等の住所を確認できる書類
- 6 夫及び妻の前年の所得額（1月から5月までの申請の場合は、前々年の所得額）を証明する書類
- 7 世帯構成員全員の町税の納税状況が確認できる書類

㊞申請の際に、印鑑をお持ちください。