

様式第 1 号（第 5 条関係）

大津町不妊治療費（一般不妊治療）助成事業申請書

日付は空欄にしてください

____年____月____日

大津町長 様

申請者 住 所 大津町〇〇〇〇番地

氏 名 〇〇〇 〇〇〇〇

（口座名義人と同一）

電話番号（〇〇〇）〇〇〇〇－〇〇〇〇

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費（一般不妊治療）の助成を申請します。

対 象 者	夫	ふりがな <u>〇〇〇〇 〇〇〇〇〇</u>	生 年 月 日	<u>〇〇</u> 年 <u>〇</u> 月 <u>〇</u> 日
		<u>〇〇〇</u> <u>〇〇〇〇</u>		
	妻	ふりがな <u>〇〇〇〇 〇〇〇〇〇</u>		<u>〇〇</u> 年 <u>〇</u> 月 <u>〇</u> 日
		<u>〇〇〇</u> <u>〇〇〇〇</u>		
住所 ※ 1	夫婦が別居などで住民票が異なる場合、記入してください 電話番号（<u> </u>）<u> </u>			
申 請 額	金 <u> </u> 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。

金額は空欄にしてください

【添付書類】

- 1 大津町不妊治療費助成事業に関する同意書（様式第 1 号の 2）
- 2 大津町不妊治療費（一般不妊治療）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 世帯構成員全員の町税の納税状況が確認できる書類
- 7 高額療養費や付加給付の支給が確認できる書類

◎申請の際に、印鑑をお持ちください。