

様式第 1 号（第 5 条関係）

大津町不妊治療費（先進医療）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（先進医療）の助成を申請します。

対象者	夫	ふりがな 〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇〇	生 年 月 日	〇〇年 〇月 〇日
	妻	ふりがな 〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇〇		〇〇年 〇月 〇日
	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（ ）		
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。

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（特定不妊治療・先進医療）助成事業受診等証明書（様式第 2 号）
- 3 先進医療に係る領収書
- 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

◎申請の際に、印鑑をお持ちください。