

女川町特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

女川町長 様

申請者 住所
氏名

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

記

(ふりがな) 夫氏名	()	生年月日	年 月 日 (歳)	
(ふりがな) 妻氏名	()	生年月日	年 月 日 (歳)	
住所(※1)	〒 電話 ()			
住所(※2)	〒 電話 ()			
過去における申請の有無	有：() 回 自治体名 () 申請時期 年 月 助成金額： 円 自治体名 () 申請時期 年 月 助成金額： 円 自治体名 () 申請時期 年 月 助成金額： 円 無			
申請者 氏名 _____ (夫及び妻が自署又は記名押印) 申請額 (男性不妊治療除く) 金 円 申請額 (男性不妊治療分) 金 円 申請額 合計 金 円 年 月 日				
指定口座	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
	口座名義人	(ふりがな)		
本申請にあたり、夫婦の所得の状況について確認を行うことに同意します。 (夫：自署) _____ (妻：自署) _____				

- (添付種類) 1 夫婦の住所を確認できる書類 (3か月以内に発行された住民票等)
 2 町税等を完納していることを証明する書類 (直近の納税証明書等)
 3 特定不妊治療に要した領収書の写し

※1 夫婦の住所を記入する

※2 単身赴任等で夫と妻が異なる場合に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入する