

益城町長 様

住 所  
申請者 氏 名  
連絡先

益城町不妊治療費助成金交付申請書

益城町不妊治療費助成金の交付を受けたいので、益城町不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

夫婦氏名等		夫	妻
	ふりがな		
	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	年 月 日
夫婦の住所が異なる場合の住所			
不妊治療が終了した日		年 月 日	
不妊治療費等の合計額		(A)	円
高額療養費の給付がある場合は、その金額		(B)	円
附加給付、助成金等、給付金等がある場合は、その金額		(C)	円
交 付 請 求 額		$(A - B - C) / 2$ 円	
添付書類	1 益城町不妊治療費医療機関受診等証明書（別記第2号様式） 2 事実上婚姻関係と同様の事情にある夫婦である場合は、事実婚に関する申立書（別記第3号様式） 3 医療機関発行の不妊治療に係る領収書 4 町税等納入状況調査承諾書（別記第4号様式） 5 その他町長が必要と認める書類		