

様式第1号（第6条関係）

特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

伊方町長 様

〒

申請者 住所
氏名
電話 ()

関係書類を添えて、次のとおり、特定不妊治療費の助成を申請します。

対象者	夫	(ふりがな) 氏 名	()				
		生年月日	年	月	日生 ()歳		
	妻	(ふりがな) 氏 名	()				
		生年月日	年	月	日生 ()歳		
住 所 (同一世帯の場合)		電話 ()					
住 所 (個別世帯等の場合)		電話 ()					
助成申請額 _____ 円			※1回の治療につき10万円を上限とする				
今年度申請回数		回目	通算回数		回目		
過去に地方自治体から受けた特定不妊治療の助成について		有・無	自治体名		回		
受理年月日	年	月	日	決定年月日	年	月	日
受給者番号							

(注) 太枠の中をご記入ください。

(添付書類)

1. 特定不妊治療費助成事業受診等証明書(様式第2号)
2. 法律婚にあっては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、事実婚にあっては事実婚関係を証明する書類
3. 指定医療機関の発行した領収書又は写し
4. 同意書(別紙)