

【伊方町】様式第1号（第6条関係）

一般不妊治療費助成事業申請書

伊方町長 様

年 月 日

〒

申請者 住所
氏名
電話 () ⑩

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) | | | | | |
| 住 所 (個別世帯等の場合) | | | | | |
| 助成申請額 | | 円 | ※1回の治療につき初回5万円、2回目以降3万円を上限とする | | |
| 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一般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. 一般不妊治療費受診事業受診等証明書
2. 法律婚にあつては、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。事実婚にあつては、事実婚関係を証明する書類。
3. 医療機関の発行した一般不妊治療に係る領収書又は写し
4. 同意書(別紙)