

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

香美町長 様

香美町不育症治療費助成事業申請書

次のとおり不育症治療費の助成を受けたく関係書類を添えて申請します。

なお、本申請の審査に必要な範囲で、戸籍、住民票及び所得証明書等の確認を行うことに同意します。

申請者	夫 (※1)	ふ り が な 氏 名	生 年 月 日 年 月 日生 (歳)
	妻 (※1)		年 月 日生 (歳)
	住 所	〒 電話 ()	
	住 所 (※2)	〒 電話 ()	
	申請額	_____ 円	
添付書類	添付書類に☑を付けてください。 <input type="checkbox"/> 香美町不育症治療受診等証明書 (<input type="checkbox"/> 様式第2号、 <input type="checkbox"/> 様式第3号) <input type="checkbox"/> 医療機関が発行した領収書等の写し		
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
受給者番号			
備 考			

注) 太枠の中をご記入ください。

※1 : 夫婦両方の記名押印が必要。別々の印鑑を使用すること。

※2 : 夫婦の住所が異なる場合に記入する。(単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。)