

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。

申請にあたり、本申請の審査に必要な範囲で戸籍、住民票等の確認及び医療機関、調剤薬局又は保険者への問い合わせを行うことについて

☐同意します ☐同意しません（同意しない場合は必要書類を添付すること）

申請者		ふ り が な 氏 名	生 年 月 日
	夫 (※1)		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。 ☐ 香美町不育症治療受診等証明書（ ☐ 様式第 2 号、 ☐ 様式第 3 号） ☐ 医療機関が発行した領収書等の写し ☐ 事実婚の場合、事実婚関係に関する申立書（別紙）		
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			受付印
備考			

注) 太枠の中をご記入ください。

※1：夫婦両方の記名が必要。

※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。）