

第1号様式(第6条関係)

輪之内町特定不妊治療費助成申請書

年 月 日

輪之内町長 様

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。

		氏 名	生年月日
対 象 者	夫		年 月 日
	妻		年 月 日
	住 所	〒 (電話)	
	*1(夫と妻の住所が異なる場合は本欄にも記入)	〒 (電話)	
申請者氏名 _____ (印)		(申請者の配偶者) _____ (印)	
申請額 金 _____ 円		(治療に直接要した費用。ただし、10万円を超える場合は10万円とする。)	
① 申請の適正を判断するために必要な場合は、他の自治体に対する申請(助成)に係る情報の照会・提供及び医療機関に対する治療内容等の照会について同意します。 ② 助成金交付にあたり、町税の未納の有無を確認し、町税に未納がある場合には、これを充てることに同意します。			
		申請者名 _____ (印)	
過去の助成の有無等 (該当する箇所に○をつけるか、又はご記入ください。)	過去に、岐阜県又は他の都道府県・中核市・市町村から特定不妊治療に係る助成を受けたことがありますか。(現在申請中のものも含まれます。) ・ない ・ある (ある場合、自治体名 助成の時期 年 月)		
申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	承認・不承認 年 月 日

*1 夫婦の住所が異なる場合とは、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。

注記 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受診等証明書(第2号様式)
- 2 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書(原本)
- 3 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明する書類
- 4 夫及び妻の住所を確認できる書類
- 5 岐阜県の特定不妊治療費助成事業の対象になった方は、その認定通知書(ただし、3の添付書類は不要)