

穴水町子宝支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

穴水町長

- 1 不妊治療費のうち先進医療に要した費用について、関係書類を添えて下記のとおり助成を申請します。
- 2 本申請に係る治療に対し、他の市町の助成を受けません。

氏名		生年月日	電話番号
(ふりがな) 申請者	()	年 月 日 (歳)	- -
①住所	〒		
(ふりがな) パートナー	()	年 月 日 (歳)	- -
②住所	※①住所と異なる場合にのみ記載 〒		
該当する内容にレ点を記入してください。 → <input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚(出生した子について認知を行う)			
申請内容	A 先進医療に要した費用	円	※ 添付の不妊治療医療機関受診等証明書の領収金額計と一致すること
	B 助成申請額(A×7/10)	円	※ A×7/10(円未満切捨て)と15万円を比較し、低い額

振込先	金融機関名	支店名	口座種別
	銀行・金庫・農協		普通・当座
	口座番号	口座名義(カナ)	

(添付書類)

- 不妊治療医療機関受診等証明書(様式第3号)
- 医療機関が発行した領収書及び明細書(助成対象治療が含まれるもの)
- 住民票等夫婦の住所がわかる書類(市町が公簿等で確認できる場合は省略可)