

佐呂間町長 様

申請年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者氏名 _____

関係書類を添えて、下記のと通りの助成を申請します。

夫	フリガナ 氏名	生年月日	(和暦)	年	月	日	(歳)
妻	フリガナ 氏名	生年月日	(和暦)	年	月	日	(歳)
住所	〒 佐呂間町字 _____						電話 (_____)
住所 (夫・妻)	※夫婦の住所が異なる場合のみ記入 〒 _____						
申請 状況	過去にこの助成金を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ➡ (_____ 回、助成を受けた自治体名 _____)						
今回の治療が第2子以降の不妊治療である場合のみ記載願います。 ※治療対象の子ども毎の助成回数になりますので、以前に不妊治療の助成対象となった子(1子目)の氏名を記入してください。							
子の氏名			子の生年月日(和暦)	年	月	日	
申請額	※金額の内訳は別紙に記入してください。 治療費 金 _____ 円 交通費 金 _____ 円 <u>合計 金 _____ 円</u>						
振込先	金融機関			支店名			
	口座番号			口座名義人 ※申請者と同一			
先進不妊治療費等助成事業申請にあたり、佐呂間町が住民基本台帳情報及び町税等の納税状況を確認すること、医療機関又は医療保険者へ利用状況を照会することに同意します。また、必要に応じ他の市町村に対しこの申請に関する情報を照会し、または提供することについて同意します。							
署名 (夫)				署名 (妻)			

- 【添付書類】
- ・ 佐呂間町先進不妊治療費等助成事業受診等証明書
 - ・ 領収書及び明細書
 - ・ 振込先の通帳の写し
 - ・ 戸籍謄本 (夫婦のいずれかが他市町村に住居登録している方のみ)
 - ・ 事実婚関係に関する申立書 (事実婚関係にある方のみ)