

様式第1号（第6条関係）

平成 年 月 日

日高川町長 様

申請者 住所 日高川町

氏名 印

（夫または妻が自署又は記名押印）

日高川町一般不妊治療費助成事業助成金交付申請書

平成 年度において日高川町一般不妊治療費の助成金 円
を交付されたく、日高川町補助金等交付規則第2条の規程により関係書類を添
えて申請します。

関係書類

- 1 日高川町一般不妊治療費助成事業に係る内容調書（様式第2号）
- 2 一般不妊治療医療機関受診等証明書（様式第3号）
- 3 戸籍上の夫婦であることを証明する書類（戸籍謄本及び附票）
- 4 夫婦の住所を確認できる書類（住民票）
- 5 夫及び妻の所得の額に関する証明書（所得証明等）
- 6 医療機関発行の一般不妊治療に要した費用にかかる領収書