

日高川町特定不妊治療費助成事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

記

区 分		(ふりがな) 氏 名			生年月日				
対象者	夫	()			昭和 平成	年	月	日	(歳)
	妻	()			昭和 平成	年	月	日	(歳)
	住所(※1)	〒			電話 ()				
	住所(※2)	〒			電話 ()				
申請者(口座名義人は同一) 氏名 _____ 印 (夫又は妻が自署または記名押印) 申請額(男性不妊治療を除く。) 金 _____ 円 申請額(男性不妊治療分) 金 _____ 円 申請額合計 金 _____ 円 申請年月日 令和 年 月 日 <p style="text-align: right;">日高川町長 様</p>									
振込先	金融機関名				銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所			
	預金種別	普通	(ふりがな)			()			
		当座	口座名義人						
口座番号									(左詰記入)
申請書受理年月日	年 月 日				(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日			
受給者番号									

(注)太線内をご記入ください。

※1:夫婦の住所を記入してください。

※2:夫婦の住所が異なる場合に記入してください。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います。

<裏面に記載した書類を添付すること。>

(添付書類)

☆ 実施要綱第7条第1項に基づく申請者

(助成に係る治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満)

- 1 和歌山県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- 2 和歌山県特定不妊治療費助成事業助成金交付決定通知書の写し
- 3 夫婦の住所を確認出来る書類(住民票)の写し
- 4 医療機関が発行する特定不妊治療に要した費用に係る領収書の写し

☆ 実施要綱第7条第2項に基づく申請者

(助成に係る治療期間の初日における妻の年齢が46歳未満)

- 1 日高川町特定不妊治療費助成事業受診等証明書
- 2 夫婦の住所を確認出来る書類(住民票)
- 3 妊娠12週以降に死産に至った場合に助成を受けることができる回数のリセットをする場合にあっては、死産届け等の写し
- 4 事実婚関係に関する申立書
- 5 医療機関が発行する特定不妊治療に要した費用に係る領収書