

上勝町特定不妊治療費助成事業申請書

特定不妊治療助成金の交付を受けたいので、上勝町特定不妊治療助成事業実施要綱第 5 条の規定により、下記のとおり申請します。なお、助成請求者と受領については口座名義人に委任します。

助成の適正を図るため、本申請の審査に必要な範囲で申請内容の確認を行うことに同意します。

記

	(ふりがな) 氏 名	生年月日
夫		年 月 日 (歳)
妻		年 月 日 (歳)
住所	〒 勝浦郡上勝町大字 字 電話 () 年 月 日	
上勝町長 殿 申請額 金 _____ 円 (申請額内訳) ①特定不妊治療分 (男性不妊治療分除く) 金 _____ 円 ②男性不妊治療分 金 _____ 円 申請者 氏名 _____ 印 配偶者 氏名 _____ 印 (夫及び妻が自署し押印)		
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日 年 月 日
受給者番号		助成回数 回目

(注) 太枠の中をご記入ください。

添付書類

1. 徳島県こうのとりのり応援事業承認決定通知書 (原本)
2. 徳島県こうのとりのり応援事業受診証明書
3. 特定不妊治療・男性不妊治療を受けた医療機関発行の領収書
4. 住所を確認できる書類 (住民票等)
5. 法律上の婚姻関係にあることを証明できる書類 (戸籍謄本等)
6. 夫及び妻それぞれの所得・課税証明書

◎添付書類 (2～6) は、徳島県こうのとりのり応援事業申請時の写しでも可とする。

◎添付書類 (4、6) は、徳島県こうのとりのり応援事業申請時にマイナンバーカードを用いた場合省略可能。

治療費総額 _____ 円