

(第1号様式)

愛川町特定不妊治療費助成申請書

年 月 日

愛川町長 殿 愛川町特定不妊治療費助成事業実施要綱第5条に基づき、必要書類を添えて申請します。

申請者	(フリガナ) 氏名	-----	生年 月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
	住所	〒 ー 愛川町	電話 番号	()
配偶者	(フリガナ) 氏名	-----	生年 月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (異なる場合は戸籍謄本又は抄本の写しをご提出ください)		
	住所	〒 ー 愛川町	電話 番号	()
婚姻について ※該当する番号に○印を付けてください。 1 法律上の婚姻関係にある 2 事実婚である 3 県申請時は事実婚だが町申請時は婚姻関係にある				
今回の治療 費用 (A)	円	県助成金額 (B)	円	
申請額 (A-B) ※上限 100,000 円	円	今回の治療期間	年 月 日～ 年 月 日	
本治療における他市町村からの特定不妊治療費助成の有無 ※該当するものに○印を付けてください。 有 年 月 自治体名 () ・ 無				
納付状況等 同意欄	助成金の交付決定にあたり、町職員が住所、住民登録日、夫婦の町税の納付状況及び婚姻状況等について公簿等により確認すること及び領収書の内容について医療機関に確認すること並びに当該申請にあたって必要な事項を関係機関に確認することに同意します。 (同意していただける場合は署名をお願いいたします。)			
	申請者 _____		配偶者 _____	

町記入欄 (以下は記入しないでください)

申請受理年月日	年 月 日	申請番号	
愛川町への住民登録日	(申請者) 年 月 日	(配偶者) 年 月 日	
	夫及び妻が申請日に愛川町に住所を有している。		
本治療について他の市町村から助成を受けていない。			
添付書類	神奈川県の不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定書の写し		
	神奈川県に提出した神奈川県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の写し		
	神奈川県に提出した特定不妊治療に要した治療費 (保険外診療) の領収書の写し		
	その他必要な書類		