

大山町不妊治療費助成金申請書
【特定不妊治療】

年 月 日

大山町長 様

住所

氏名 印

大山町不妊治療費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。
なお、大山町不妊治療費助成金の交付における審査にあたり、私及び配偶者の住所等を住民基本台帳で確認すること、また町税等の滞納の有無を確認することを承諾します。
(ただし、大山町に住民登録のある方のみ確認します。)

記

	(ふ り が な) 氏 名	生 年 月 日
夫	()	年 月 日
妻	()	年 月 日
住 所	〒 電話() -	
夫 婦 の 住 所 が 異 な る 場 合(※1) (夫 ・ 妻)	〒 電話() -	
治 療 期 間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	
医療機関支払額(※2)	円	
助 成 対 象 特 定 不 妊 治 療 費(※3)	円	
県 助 成 金 額(※4)	円	
助 成 金 申 請 額(※5)	円	

※1 夫婦の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。
※2 領収書の額となります。
※3 鳥取県特定不妊治療費助成金交付決定及び額の確定通知書に記載されている「算定基準額」となります。
※4 鳥取県特定不妊治療費助成金交付決定及び額の確定通知書に記載されている「交付決定額」となります。
※5 本町の助成金の額は、助成対象特定不妊治療費の額から県助成金額を差し引いた額(その額が5万円を超える場合は、5万円)となります。

〈添付書類〉

- 1 鳥取県特定不妊治療費助成金交付決定及び額の確定通知書
 - 2 特定不妊治療に係る領収書
- ※上記の書類は、原本を添付してください。(内容を確認後にお返しします。)

* 以下は記入しないでください。

申請受理年月日		決定年月日(承認・不承認)	
受 給 者 番 号			