

大山町不妊治療費助成金申請書
【人工授精】

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() -	
治療を行った日	回目:平成 年 月 日	回目:平成 年 月 日
	回目:平成 年 月 日	回目:平成 年 月 日
	回目:平成 年 月 日	回目:平成 年 月 日
医療機関支払額(※2)	円	
助成対象人工授精費(※3)	円	
助成金申請額(※4)	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があります。
- ※2 領収書の額となります。
- ※3 鳥取県人工授精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 本町の助成金の額は、助成対象人工授精費の5割に相当する額となります。

〈添付書類〉

- 1 鳥取県人工授精助成金交付決定及び額の確定通知書
- 2 人工授精に係る領収書

※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			