

様式第1号（第6条関係）

大山町不育治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大山町長 様

下記のとおり、不育治療の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、必要な場合は、医療機関へ照会することに同意します。

また、大山町不育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。

申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名	印		
	住 所		電話番号	
申請者の 配偶者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所		電話番号	
婚姻年月日		年 月 日		
不育治療対象児		第 子		
専門医療 機関	住 所			
	名 称			
	申 請 金 額	金	円	
治療実施 医療機関	住 所			
	名 称			
	申 請 金 額	金	円	

町 記 載 欄	受付年月日	平成	年	月	日	
	決定年月日	平成	年	月	日	承認・不承認
	決定金額	円				

添付書類

- (1) 大山町不育治療実施証明書（様式第2号）
- (2) 不育治療にかかる医療機関の発行する領収書（写し可）
- (3) 戸籍抄本
- (4) 第3条第1項第1号に該当する者の住民票の写し