

南伊豆町不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

南伊豆町長 様

申請者
住所名
氏名
電話番号

不育症治療費助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

対 象 者		(ふりがな) 氏名	生年月日
	夫	()	年 月 日生 (歳)
	妻	()	年 月 日生 (歳)
	住所 (※)	〒 電話 ()	
申 請 額		金 円	不育症治療受診等証明書の領収金額と一致

・過去にこの助成金の交付を受けたことがありますか。
 ない ・ ある → 過去 回受けた（ 年 月頃）
 ・助成金の交付を受けた自治体は 県 市町村

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号			

(注) 太枠の中、及び下記の承諾事項に☑をしてください。

※ 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に居住する等、夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

(添付書類)

- 1 不育症治療受診等証明書（様式第2号）
- 2 治療に係る領収書
- 3 夫婦であることを証明する書類
- 4 住所地を証明する書類
- 5 その他町長が必要と認める書類

(承諾事項)

不育症治療費助成金の交付申請に当たり、必要に応じ南伊豆町長が行う次の行為について、承諾します。

- ☐ 住民票・戸籍・納税状況・所得状況等の個人情報の閲覧
- ☐ 南伊豆町以外の自治体に対し行う不育症治療費助成金の支給に関する情報の照会及び提供
- ☐ 医療機関に対し行う不育症治療受診等証明書及び領収書の確認