

早島町不育治療支援事業助成金支給申請書

年 月 日

早島町長様

下記のとおり不育治療費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、審査にあたり必要な場合には、住民基本台帳・町民税課税台帳等により確認されることを承諾します。

記

申請者(受診者)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所		電話番号	
申請者の配偶者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所		電話番号	
婚姻年月日 (入籍年月日)		年 月 日		
事実婚に該当する場合は、こちらにチェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 <input type="checkbox"/>				
今回、岡山県不育症検査費用助成事業実施要綱に基づく検査の助成を受けましたか。 ない・ある				
過去に早島町で、この助成を受けたことがありますか。 ない・ある →()回受けた				

※原則、申請者本人名義の振込先をご記入ください。

助成金振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合								店 支店 出張所
	種 別	普通 当座	口座番号							
	フリガナ									
	口座名義人									

添付書類 ・生殖医療専門医医療機関受診証明書

- ・医療機関の発行する領収書の写し
- ・夫婦の住民登録等が確認できる書類
- ・岡山県不育症検査費用助成決定通知書の写し(該当する人)
- ・事実婚関係に関する申立書(事実婚関係にある方)
- ・その他町長が必要と認める書類

※町記入欄	決定年月日	年 月 日	支給	不支給
	助成金額	円		
	住基確認	<input type="checkbox"/>	町税確認	<input type="checkbox"/>