

様式第1号（第6条関係）

福崎町特定不妊治療費助成事業申請書兼請求書

注意) 令和5年4月1日以降に開始した
治療が対象となります。

年 月 日

福崎町長 様

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。
この申請に係る審査のために、町が以下のことを行うことに同意します。

- (1) 戸籍、住民票等の確認をすること。
- (2) 町税等町の徴収金の納付状況の確認をすること。
- (3) 他の自治体における同種の助成金の交付の有無の確認をすること。

夫婦ともに自署を
お願いします。

請者	夫	フリガナ 氏名	-----		年 月 日 (歳)	
	妻	フリガナ 氏名	-----		年 月 日 (歳)	
		住所 (※1)	福崎町	TEL		
		住所 (※2)	福崎町	TEL		
申請金額		男性不妊治療費を除く	_____円	金額がわからない場合は空欄で 窓口に持参ください。 金額の記載の修正はできません。 ご注意ください。		
		男性不妊治療費	_____円			
		計	_____円			
〔過去の福崎町からの助成歴〕						
助成を受けた：前回申請_____年_____月_____日			申請回数：_____回目の申請			
振込先	金融機関	銀行・金庫 信組・農協		本・支店 本・支所 出張所	預金 種別	
	口座番号 (右詰記入)	-----	(フリガナ) 口座名義	-----	普通 当座	
申請受理日	年 月 日	決定年月日 承認・不承認	年 月 日			

わからない場合は
空欄で窓口に持参
ください。

- 注1) 太枠の中をご記入ください。
- 注2) 夫婦両方の記名が必要です。
- 注3) (※1) 夫婦の住所を記入してください。夫婦の住所が異なる場合は住所(※2)に記入してください。
- 注4) 振込口座の名義人については、申請者のうちどちらかの個人名義を記入してください。
(添付書類) (1) 福崎町特定不妊治療受診等証明書(様式第2号)
(2) 本人負担額を確認することができる領収書
(3) 夫婦両方の健康保険証の写し
(4) 事実婚の場合は、その旨の申出書