

様式第1号（第6条関係）

金ヶ崎町特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

金ヶ崎町長 様

申請者氏名

印

金ヶ崎町特定不妊治療費助成事業による助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

また、助成の適正を判断するために必要な場合は、金ヶ崎町以外の地方公共団体及び治療医療機関に対する本申請に係る情報の照会及び提供を金ヶ崎町が行うことについて同意します。

交付申請額（男性不妊治療分を除く）		円	
交付申請額（男性不妊治療分）		円	
交付申請額合計		円	
夫	(ふりがな)	生年月日	年 月 日 (歳)
	氏名		
妻	(ふりがな)	生年月日	年 月 日 (歳)
	氏名		
住 所	〒 電話番号		
※夫と妻の住所が異なる場合に記入	〒 電話番号		
治療した指定医療機関	医療機関名		
	住 所		
助成金の振込先	金融機関名	支店名	
	口座の種類 普通・当座	口座番号	
	口座名義人（申請者名義のものに限ります）		

備考 添付書類は、次のとおりです。

1. 岩手県が実施する不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金の交付決定通知書の写し
2. 不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の写し
3. 指定医療機関の発行した特定不妊治療費に係る領収書
4. 事実婚関係に関する申立書の写し（事実婚の場合のみ）