

様式第1号（第5条関係）

大子町不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

大子町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

助成金の交付を受けたいので、大子町不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

	夫	妻
住 所		
氏 名		
生年月日	年 月 日 ( 歳)	年 月 日 ( 歳)
電話番号		

		特定不妊治療費 (男性不妊治療費除く)	男性不妊治療費	備 考
助成申請金額	助成対象経費①	円	円	※大子町不妊治療費助成事業受診等証明書の領収金額
	端数を除した金額②	円	円	1,000円未満を切り捨てた額を記入してください。
	助成金申請金額	円	円	※②の額が200,000円以上の場合は200,000円 ②の額が200,000円未満の場合は②の額
〔添付書類〕 <input type="checkbox"/> 大子町不妊治療費助成事業受診等証明書 <input type="checkbox"/> 医療機関発行の領収書（保険外診療分） <input type="checkbox"/> その他（ ）			受理年月日	年 月 日
			通算助成済回数	回済
			町税等滞納	有・無
				税務課