

大子町不妊治療費助成金交付申請書

日付は記入しないでください。

年 月 日

大子町長 様

申請者 住 所 大子町大子000

氏 名 大子 花子

電話番号 0*0-1234-5678



大子町内に住所のある方を申請者としてください。

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	大子町大子000	大子町大子000
氏 名	大子 太郎	大子 花子
生年月日	昭和00年0月0日 (00歳)	昭和××年×月×日 (××歳)
電話番号	0*0-9876-5432	0*0-1234-5678

住民票の所在地を記入してください。
別居の場合、別途「戸籍謄本」が必要となります。
一方の住所が町外の場合、その方の「住民票の写し」が必要となります。

助成申請金額	助成対象経費①	円	円	備考 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	町で記載しますので、記入しないでください。		00円以上の円 00円未満の
〔添付書類〕 <input type="checkbox"/> 大子町不妊治療費助成事業 <input type="checkbox"/> 医療機関発行の領収書 (併 <input type="checkbox"/> その他 (月 日 回済 税務課
			町税等滞納	有・無

日付は記入しないでください。 年 月 日

大子町長 様

二人の事実婚関係等に関する申立書

下記2名については、事実婚関係にあります。また、治療により出生した子について認
知します。

1 大子町不妊治療費助成事業申請者の住所・氏名

住 所 大子町大字大子×××番地

氏 名 奥久慈 太郎 奥印徳

2 大子町不妊治療費助成事業申請者の住所・氏名

住 所 大子町大字池田×××番地

氏 名 袋田 滝子 袋田

※ 別世帯になっている理由 （1と2が別世帯になっている場合は記入）
○○○○○○のため。

記入例

様式第12号(第13条関係)

補助金等交付請求書

日付は記入しないでください。 年 月 日
大子町長 様

不妊治療費助成金交付申請書の申請者と一致させてください。
必ず押印してください。

請求者 住所 大子町大子〇〇〇
氏名 大子 花子 

大子町補助金等交付規則第13条の規定により、次のとおり請求します。

1 補助事業等の名称(補助金等の名称)

大子町不妊治療費助成事業

金額は記入しないでください。

2 交付確定額又は交付決定額

円

3 既交付額

年 月 日交付

円

年 月 日交付

円

年 月 日交付

円

金額は記入しないでください。

4 交付請求額

円

5 振込先

金融機関名	〇〇銀行 △△支店		
預金種目	普通・当座	口座番号	×××××××
フリガナ	ダイゴ ハナコ		
口座名義人	大子 花子		

上記の請求者の口座を記入してください。

記入例

(別紙1)

大子町不妊治療費助成金交付申請に係る同意書

大子町長 様

日付は記入しないで
ください。

年 月 日

(夫)

住 所 大子町大字大子〇〇〇番地

氏 名 大 子 太 郎 印子

生年月日 昭和〇〇年 〇月 〇日

(妻)

住 所 大子町大字大子〇〇〇番地

氏 名 大 子 花 子 大子

生年月日 昭和××年 ×月 ×日

私たちは、大子町不妊治療費助成金の交付申請にあたって、住民基本台帳、町税等の納付状況、大子町以外の市区町村における助成金の受給状況及び茨城県への提出書類等について、担当課職員が閲覧、照会及び書類の写しを取得することに同意します。