

三木町特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

三木町長 殿

住 所
申請者 氏 名
電話番号

関係書類を添えて、以下のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

夫	ふりがな		年 月 日生 () 歳
	氏 名		
	住 所	電話 ()	
妻	ふりがな		年 月 日生 () 歳
	氏 名		
	住 所 (夫婦の住所が異なる場合に記入)	電話 ()	
申 請 額	円	治療費の自己負担額 円 (A)	
	※治療区分 A、B、D 及び E については 10 万円、C 及び F については 5 万円を上限とする。	香川県からの助成額 円 (B) (A) - (B) 円	
香川県への申請年月日 及び回数	年 月 日 (回)		
同 意 書 三木町特定不妊治療費助成事業の交付決定のため、住民基本台帳及び納税状況を確認すること及び必要な場合に他の自治体へ照会することに同意します。(夫及び妻がそれぞれ自署) 夫氏名 _____ 妻氏名 _____			

振込先

金融機関名・支店名		預金種別	普 通 当 座
(ふりがな) 口座名義人		口座 番号	

※口座名義人は申請者氏名と一致すること。

《添付書類》

- ①香川県特定不妊治療費助成決定通知書の写し
- ②香川県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- ③請求書
- ④申請者名義の通帳の写し
- ⑤事実婚関係に関する申立書（様式第 2 号）※事実婚関係にある夫婦が申請する場合に限る。
- ⑥その他町長が必要と認める書類