

特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

日吉津村長 様

住所

申請者氏名

印

このたび、特定不妊治療を実施したので、日吉津村特定不妊治療費負担金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて次のとおり特定不妊治療費の助成金交付を申請します。なお、交付における審査にあたり、私及び配偶者の住所、税及び料等を照会することを承諾します。

記

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日		
夫	()	年 月 日 (歳)		
妻	()	年 月 日 (歳)		
住 所	〒 電話 () -			
夫婦の住所が異なる 場合 (※1)	〒 (夫・妻) 電話 () -			
過去の助成状況	助成無し ・ 助成有り (() 回)			
今年度	申請年月	特定不妊治療費 (※2)	県助成金 (※3)	その他団体助成金
	年 月	円	円	円
	年 月	円	円	円
交付申請額 (※4)	円			

- ※1 夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいいます。
- ※2 鳥取県特定不妊治療費助成金交付決定及び額の確定通知書に記載されている「算定基準額」となります。
- ※3 鳥取県特定不妊治療費助成金交付決定及び額の確定通知書に記載されている「交付決定額」となります。
- ※4 本村の助成金の額は、特定不妊治療費 (※2) の額から県助成金 (※3) を差し引いた額 (その額が5万円を超える場合は、5万円) となります。

【添付資料】

- 1) 鳥取県特定不妊治療費助成金交付決定及び額の確定通知書
- 2) 特定不妊治療費にかかる領収書

※以下は記入しないでください。

申請受理年月日	年 月 日	決定年月日 (承認・未承認)	年 月 日
受給者番号			