

様式第1 (第3条関係)

不妊治療費助成金交付申請書  
(不妊検査・一般不妊治療・特定不妊治療)

年 月 日

東郷町長 殿

私たちは、東郷町不妊治療費助成金交付申請に係る住民基本台帳の閲覧、戸籍を確認する台帳の閲覧に関し、同意して下記のとおり申請します。

申請者  
住 所  
夫氏名  
妻氏名  
電話番号

記

対 象	区 分	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
	夫	( )	年 月 日生
	妻	( )	年 月 日生
者	加入医療保険 (夫)	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【区分】本人・被扶養者	
	加入医療保険 (妻)	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【区分】本人・被扶養者	
申 請 回 数	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 回 ( 月分) <input type="checkbox"/> 特定不妊治療 回		
過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去 ( ) 回受けた。( ) 年 ( ) 月頃 助成金を受けた自治体は ( 市町村・その他 ( ) )			
婚姻関係を証明 する書類	<input checked="" type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 住民票等の確認		
不妊治療に係る 証明	<input checked="" type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 提出済み ( 年 月 日)		

注1 ※欄は記入しないでください。

2 東郷町に本籍地がない人は、夫婦の確認ができる書類を添付してください。