

様式第1（第4条関係）

不育症治療費助成金交付申請書
（不育症検査・不育症治療）

年 月 日

東郷町長 殿

私たちは、東郷町不育症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 者	区 分	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
	夫	()	年 月 日生
	妻	()	年 月 日生
	加入医療保険 (夫)	【種別】市町村国保・組 合国保・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 合国保・健保・共済・ その他 () 【保険者番号】 ()	【区分】本人・被扶養者
申 請 回 数	() 回目		
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 type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 住民票等の確認		
不育症治療に係る 証明	※ <input 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 東郷町が本籍地でない人は、夫婦であることの確認ができる書類を添付してください。