

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

恩納村長 様

申請者 住所

氏名

印

恩納村不妊治療費助成事業申請書

恩納村不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

記

(フリガナ) 氏 名	申請者	()	配偶者	()
生 年 月 日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
住 所	〒 電話番号			
夫婦の住所が異なる場合※	〒 電話番号			
今回の治療に対する他の自治体での不妊治療費助成申請の有無			有 () ・ 無	
給付を受けようとする助成金の額		円		

※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う。

助成の適正を図るため必要な場合は、他市町村に対し、この助成金に係る受給状況について情報を照会、提供することに同意します。	(申請者) 氏 名 _____ 印
	(配偶者) 氏 名 _____ 印

(注) 夫婦両方の記名押印が必要です。各々の印鑑を使用してください。

(添付書類)

- 1 県要綱に基づく当該先進医療不妊治療に係る先進医療不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
- 2 県要綱に基づく当該先進医療不妊治療に係る先進医療不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- 3 当該先進医療不妊治療に要した費用に係る領収書
- 4 その他村長が必要と認める書類

(村記載欄)

申請受理 年 月 日	年 月 日	(決定・却下) 決定年月日	年 月 日
受給者番号	過去の助成回数		
算定額	A 費用額	円	
	B 県助成金額	円	
	C 助成金対象額 (A-B)	円	
	助成金額	円	
審査	○住民票 定住日 (年 月 日) 適 ・ 不適		
	○村民税等滞納状況 適 ・ 不適		
	○他市町村での助成状況 適 ・ 不適		