

甲良町人工授精治療費助成金交付申請書

年 月 日

甲良町長 様

甲良町不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり人工授精の治療費の助成を申請します。

記

申請者		氏名	生年月日
	夫	印	年 月 日
	妻	印	年 月 日
住所	〒 甲良町大字 電話番号 - -		
	※ 夫と妻の住所が異なる場合のみ、この欄にも記入してください。 住所：		
申請回数	過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある (ある場合は、助成を受けた年等についてご記入ください。)		
	1年目	年 回	市・町
	2年目	年 回	市・町
	3年目	年 回	市・町
	4年目	年 回	市・町
申請額	人工授精治療費 円		

添付書類

- 1 甲良町人工授精治療受診等証明書(別記様式第3号)
- 2 医療機関が発行する人工授精に要する費用に係る領収書の写し
- 3 所得状況確認同意書(賦課期日1月1日以降に転入された場合は、町民税課税証明書または町民税・県民税決定通知書(転入前の住所地で発行)が必要)
(※)夫婦の住所が異なる場合は、続柄のわかる書類(戸籍謄本)を添付してください。

承諾書

本申請に必要な申請者の町税等の滞納状況について、町備え付けの公簿により確認することを承諾します。

住所 甲良町大字 _____

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

甲良町人工授精治療費助成にかかる所得状況確認同意書

年 月 日

甲良町長 様

甲良町人工授精治療費助成にかかる申請者の所得状況を確認することに同意します。

申請者 住所 甲良町 _____

氏名 (夫) _____ 印

氏名 (妻) _____ 印

電話番号 _____