

様式1 (第6条関係)

土佐町特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

土佐町長 様

住 所

申請者 氏 名

㊞

土佐町特定不妊治療費助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり、土佐町特定不妊治療費助成金の交付について関係書類を添えて申請します。

【申請者記入欄】

夫	フリガナ 氏 名			
	生年月日	年 月 日生 (歳)		
	住 所	〒 - 電話 - -		
妻	フリガナ 氏 名			
	生年月日	年 月 日生 (歳)		
	住 所	〒 - 高知県土佐郡土佐町 電話 - -		
治療を受けた医療機関名				
治療期間		年 月 日～ 年 月 日		
医療機関支払金額 (※1)		円		
県助成金額 (※2)		円		
申請額 (※3)		円		
振込先口座 (申請者名義)	銀行・金庫・農協		本店・支店・出張所	
	預金種別： (普通・当座)	口座番号：	(フリガナ) 口座名義：	
過去の土佐町の特定不妊治療費助成金の交付の有無 (回数)		有 (過去 回) ・ 無		

※1 特定不妊治療に係る領収書の金額

※2 高知県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書に記載されている県助成金額

※3 医療機関支払金額 (※1) から県助成金額 (※2) を差し引いた額 (上限15万円)

【添付書類】

- ① 高知県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書
- ② 特定不妊治療に係る領収書 (県助成金申請時に使用したものもあわせて原本の提出をお願いします。)
- ③ 夫婦の住所を確認することができる書類 (住民票)
- ④ 法律上の婚姻関係を証明することができる書類 (戸籍謄本及び抄本：住民票で夫婦であることを確認することができない場合にのみ必要です。)