

## 大月町不妊治療費補助金交付申請書

年 月 日

大月町長 様

申請者 住 所 大月町

氏 名

印

電話番号

大月町不妊治療費補助金を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

また、この申請の審査のために私に関する住民基本台帳等の内容を確認することに同意します。

|                     |   |                         |                 |
|---------------------|---|-------------------------|-----------------|
| 補助年度                | 年度  |                         |                 |
| 補助事業                | <input type="checkbox"/> 一般不妊治療（ 年目/5年）<br><input type="checkbox"/> 特定不妊治療（ 回目/6回）  |                         |                 |
| 補助対象夫婦              | 夫   | フリガナ<br>氏 名             |                 |
|                     |   | 生年月日                    | 昭和・平成 年 月 日（ 歳） |
|                     |   | 住 所                     | 〒 電話番号          |
|                     | 妻   | フリガナ<br>氏 名             |                 |
|                     |   | 生年月日                    | 昭和・平成 年 月 日（ 歳） |
|                     |   | 住 所                     | 〒 電話番号          |
| 対象経費                | 円   | 交付申請額                   | 円               |
| 他市町村等による<br>補助金等の有無 | <input type="checkbox"/> 有  | 高知県（ ）年度、保険医療給付（ ）（ ）年度 |                 |
|                     | <input type="checkbox"/> 無  | 他市町村（ ）（ ）年度、その他（ ）     |                 |
| 添付書類                | (1)大月町不妊治療費補助金医療機関受診証明書（別記様式第2号）<br>(2)医療保険被保険者証等の写し<br>(3)不妊治療に要した経費の領収書<br>(4)医療保険給付金、県特定不妊治療助成金、他市町村助成金の額が確認できる書類<br>(5)その他町長が必要と認める書類 |                         |                 |

※ 町確認欄

|       |             |           |              |
|-------|-------------|-----------|--------------|
| 受 理 日 | 年 月 日       | 決定年月日     | 年 月 日        |
| 受給者番号 |             | 住民となった年月日 | 年 月 日        |
| 算定額   | 経費合計(領収額) A | 円         | 保険給付金、県助成額 B |
|       | 補助対象額 A-B   | 円         | 暫定補助額 C      |
|       | 他市町村補助額 D   | 円         | 決定補助額 C-D    |