

あさぎり町不妊治療費等助成事業申請兼請求書

年 月 日

あさぎり町長 様

関係書類を添えて次のとおり（一般不妊治療・人工授精）費用の助成を申請・請求します。

	氏 名		生年月日及び年齢	
夫			年 月 日生（ 歳）	
妻			年 月 日生（ 歳）	
住 所 (夫)	あさぎり町		電話番号 ()	
住 所 (妻)	夫と異なる場合のみ記入		電話番号 ()	
申 請 及 び 請 求	町への初回申請	<input type="checkbox"/> 40歳未満に申請 <input type="checkbox"/> 40歳以上43歳未満に申請 (※年齢は、初めて助成を受けたときの治療開始日の妻の年齢)		
	他市町村の助成歴	無 有 (回：市町村名)		
	あさぎり町への 申請年数 (通算)	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 年目 (○を付けてください)		
	助成対象額	円 (第3号・第4号様式の合計金額)		
	町助成額	円 (※町記入欄)		
申請者及び請求者				
氏名 _____				
振 込 口 座	金 融 機 関 名	銀行・金庫・農協・信用組合		支店名 支所名 本店・支店・支所
	預金種別	普通 ・ 当座		(フリガナ) 口座名義人 ()
	口座番号			申請者の口座に限ります。 (右詰めで記入してください。)

- (添付書類)
- 1 様式第3号「あさぎり町不妊治療費等助成事業医療機関証明書」
 - 2 様式第4号「あさぎり町不妊治療等助成事業薬局等証明書」
 - 3 当該不妊治療等に係る領収書
 - 4 町税を滞納していないことを証する書類
 - 5 熊本県特定不妊治療費助成事業事実婚関係に関する申立書の写し※
 - 6 戸籍謄本（戸籍全部事項証明）※
 - 7 その他、町長が必要と認める書類
- (※5と6については事実上婚姻関係と同様の事情にある夫婦のみ)