

様式第1号（第4条関係）

上里町不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）上里町長

住 所

申請者 氏 名



電話番号

上里町不妊治療費助成金の交付について、下記のとおり申請します。なお、この申請に基づく助成金の交付決定にあたり、住民基本台帳の閲覧、町税に滞納がないことの確認その他確認等が必要な場合には、医療機関等に町が照会することに同意します。

記

対 象 者		夫	妻			
	フリガナ					
	氏 名					
	生年月日	年 月 日	年 月 日			
現住所	〒	〒				
不妊治療費（1）		円				
本町における申請状況		1回目	2回目	3回目	4回目	5回目
埼玉県不妊治療費助成金の交付		有		無		
		交付決定（申請）額（2）		円		
不妊治療費（1）－助成金交付決定（申請）額（2）		円				
※助成金交付申請額（上限額10万円）		円				
添 付 書 類 等	（注）提出前に必ず確認してください。 ・上里町不妊治療実施証明書（様式第2号） （県助成金の交付申請をしていて、不妊治療費領収書の合計額から県助成金の交付決定額を差し引いた金額が10万円を上回る方は不要） ・不妊治療費に係る領収書及び明細書 ・戸籍謄本（夫婦が別住所に居住する場合のみ） ・医療保険証（夫婦それぞれの名前が確認できること。） ・県助成金交付決定通知書（県助成金を申請した方）					

*町記入欄（以下の欄は記入しないでください。）

- 住所 婚姻 町税完納 領収書 不妊治療実施証明書
通帳 夫婦が別住所の場合：戸籍謄本

