様式第１号（第５条関係）

江北町不妊治療費助成金交付申請書（人工授精・特定不妊治療・男性不妊治療）

年　　月　　日

江北町長　　様

江北町不妊治療費助成金の助成を受けたいので、江北町不妊治療費助成事業実施要綱第５条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、助成金の交付審査に当たって、下記の事項に同意します。

記

1　助成金の交付状況について他の自治体に照会すること。
2　治療に関し実施医療機関に照会すること。
3　夫婦であること、滞納がないことを確認すること。
4　他の自治体からの照会に回答すること。

	夫	妻
ふりがな 氏　　名	㊞	㊞
住　　所	〒	〒 ※夫婦の住所が同じ場合は記入不要
生年月日	年　　月　　日（　　歳）	年　　月　　日（　　歳）
電話番号		
不妊治療に要した費用	※受診等証明書に記載された金額と同額であること 人工授精　　円 体外受精・顕微授精　　円	男性不妊治療 　　円
今回申請額	円	円
助成実績	□今までに江北町で不妊治療の助成を受けたことがある。　年　　月：　　円 年　　月：　　円 □今回の治療について、佐賀県又は他の都道府県や市町村の不妊治療費助成も受けている。 （　　）欄に都道府県名・市町村名、助成額を記入 （　佐賀県：　　他の都道府県、市町：　　）	

（受理日）

【添付書類】

・受診等証明書（様式第２号）※佐賀県受診等証明書の写しで代用可

・医療機関発行の領収証の写し　・佐賀県不妊治療支援助成承認決定通知書の写し

・戸籍謄本又は婚姻を証明できる書類※公簿等で婚姻関係が確認できない場合

・他から受けた不妊治療費助成金額を確認できる書類※佐賀県以外から不妊治療費助成を受けた場合

【確認事項】（夫婦で１年以上居住）　あり　・　なし　　確認日：　　確認担当者：

（納税状況）　滞納なし　・　滞納あり　　確認日：　　確認担当者：