

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（生殖補助医療・先進医療）

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 夫婦又は事実婚関係であること、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	〒	〒 <small>※夫婦の住所が同じ場合は記入不要</small>
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 生殖補助医療・先進医療 _____ 円	
今回申請額	_____ 円	
助成実績	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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： _____ 他都道府県、市町： _____ ）	

【添付書類】

- ・ 受診等証明書（様式第2号）
※佐賀県不妊治療費（先進医療）助成を受けた場合は、県の受診等証明書で可
- ・ 医療機関発行の領収証の写し
- ・ 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
- ・ 佐賀県や他市町から受けた不妊治療費助成金額を確認できる書類
（佐賀県や他市町から助成を受けた方のみ）

（受理日）

【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： _____