

松崎町不妊治療費助成金支給申請書

年 月 日

松崎町長 様

申請者 住 所

氏 名

印

電話番号

松崎町不妊治療費助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

また、本申請にあたり夫婦の所得及び同一世帯に属する全員の町税等の納付状況に関する事項について、松崎町が調査することに同意します。

(ふりがな) 夫の氏名		夫 の 生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
(ふりがな) 妻の氏名		妻 の 生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
治療に要した自己負担分 (A)	円		
静岡県による特定不妊治療 補助の有無 (B)	有 無	(補助金額	円)
一般不妊治療 (人工授精) 支給申請額 (C)	円		
支給申請額 【(A - B) × 1/2】 + (C)	円		
医療機関名			
不妊治療等の区分	一般不妊治療・特に必要と認める治療・特定不妊治療 一般不妊治療 (人工授精)		

(添付書類)

- 1 不妊治療受診等証明書(様式第2号)
- 2 夫及び妻の戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書
- 3 夫及び妻の被保険者証の写し
- 4 不妊治療を受診した医療機関発行の領収書
- 5 静岡県補助金交付要綱による補助を受ける場合は、当該補助金の額を確認することができる書類