

様式第1号（第4条関係）

湯梨浜町特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

湯梨浜町長 様

申請者
住 所
氏 名

㊞

関係書類を添えて次のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

記

	ふ り が な		生 年 月 日
	氏	名	
夫			年 月 日 (歳)
妻			年 月 日 (歳)
住 所	〒 — 電話 ()		
※夫婦の住所が異なる場合	〒 — 電話 ()		
助成金申請（実績報告）額	円		
申請受理年月日		決定年月日（承認・不承認）	
受給者番号			

※ 夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

湯梨浜町特定不妊治療費の助成における審査にあたり、私及び配偶者の住民基本台帳を閲覧することについて承諾します。

年 月 日

住 所

氏 名

㊞

<添付資料>

- 1 県要綱第5条に定める鳥取県特定不妊治療費助成金交付決定及び額の確定通知書
- 2 医療機関発行の特定不妊治療に係る領収書の写し
- 3 湯梨浜町特定不妊治療実施報告書

湯梨浜町特定不妊治療実施報告書

	ふ り が な 氏 名	生 年 月 日
		年 月 日（ 歳）
夫		年 月 日（ 歳）
妻		年 月 日（ 歳）
申請者の住所	〒 —	電話 ()
※夫婦の住所が異なる場合	〒 —	電話 ()
助成金申請額	円	
過去からの助成受給の有無	助成無し 助成有り 助成有りの場合 ・過去（ ）回受けた	
特定不妊治療を実施した医療機関	住 所 名 称	
特定不妊治療に要した期間及び経費	開始 年 月 日 終了 年 月 日	合 計 円 内 訳 補助金 円 自己資金 円 その他 円
	開始 年 月 日 終了 年 月 日	合 計 円 内 訳 補助金 円 自己資金 円 その他 円
	開始 年 月 日 終了 年 月 日	合 計 円 内 訳 補助金 円 自己資金 円 その他 円