

様式第5号（第4条関係）

湯梨浜町人工授精費助成金交付申請書

湯梨浜町長

申請者  
住 所  
  
氏 名

㊞

関係書類を添えて次のとおりの人工授精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。

湯梨浜町人工授精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条に定める鳥取県人工授精治療費助成金交付決定通知及び額の確定通知書の写し
- 2 医療機関発行の人工授精治療に係る領収書の写し
- 3 湯梨浜町人工授精治療実施報告書

湯梨浜町人工授精費助成事業実施報告書

	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
過去の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	
人工授精を実施した医療機関	住 所 名 称	
人工授精にかかった経費	合 計 内 訳 補助金 自己資金 その他	円 円 円 円