

別記第1号様式（第5条関係）

音更町特定不妊治療費補助金交付申請書

年 月 日

音更町長 宛て

申請者 住 所
氏 名
電話番号 ㊟

音更町補助金等交付規則第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。

対象者氏名及び生年月日	夫	年 月 日生（ 歳）
	妻	年 月 日生（ 歳）
補 助 金 申 請 額	申請金額（夫の治療分）	金 _____ 円
	申請金額（妻の治療分）	金 _____ 円
	合計金額	金 _____ 円
特定不妊治療に要した期間	夫	年 月 日から 年 月 日まで
	妻	年 月 日から 年 月 日まで
受診した医療機関の名称	夫 _____ ・ 妻 _____	
補助金申請及び交付状況	今年度	当該申請を含め _____ 回目
	過年度	有（ _____ 回）・ 無
添 付 書 類 (該当する欄に○印を記載願います。)	北海道特定不妊治療費助成事業交付決定書の写し	
	北海道特定不妊治療費助成事業申請書の写し	
	戸籍謄本、住民票謄本の写し ※交付申請日において、申請者の配偶者が音更町に住所を有していない場合に限る。	
	口座振込依頼書（別記第2号様式）	
	医療機関が発行した特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し	
	医療機関が発行した治療に係る領収書の写し ※北海道が指定する医療機関から指示された他の医療機関の領収書を含む。	
同意書（別記第3号様式）		
備 考		

※住民票謄本を添付する場合には、記載事項（個人番号を除く。）を省略していないものに限りま。