

別記第1号様式（第5条関係）

音更町不育症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

音更町不育症治療費補助金交付要綱第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。

氏名（ふりがな） 及び生年月日	夫	年 月 日生（ 歳）
	妻	年 月 日生（ 歳）
補 助 金 申 請 額	金 円	
補助金申請及び交付状況	音更町に対して、この補助金を申請するのは 今回が初めて ・ （ ） 回目	
添 付 書 類 (該当する欄に○印を記載願います。)	北海道不育症治療費助成事業交付決定書の写し	
	北海道不育症治療費助成事業申請書の写し	
	戸籍謄本又は住民票謄本の写し（発行日から3か月以内のもの） ※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。	
	申請者及びその配偶者の所得額を証明する書類 ※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）	
	対象医療機関が発行した不育症治療費助成事業受診等証明書の写し	
	対象医療機関が発行した1回の不育症治療に係る領収書の写し	
備 考	同意書（別記第3号様式）	

※住民票謄本を添付する場合にあっては、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す。