

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6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	金 円		
特定不妊治療に要した期間	年 月 日から 年 月 日まで		
受診した医療機関の名称			
補助金申請及び交付状況	今年度	有（当該申請を含め 回目） ・ 無	
	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		
	戸籍謄本、住民票謄本又は外国人登録記載事項証明書の写し ※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。		
	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）		
	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あっては、記載事項を省略していないものに限ります。