

様式第1号（第4条関係）

共和町特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

共和町長 様

申請者 住 所 共和町

氏 名 ⑩

連絡先

税資料開示同意印 ⑩

平成 年度において共和町特定不妊治療費助成金を交付されますよう、関係書類を添えて申請します。

記

フリガナ 夫の氏名		夫の 生年月日	年 月 日 (歳)
フリガナ 妻の氏名		妻の 生年月日	年 月 日 (歳)
申請額	<p style="text-align: center;"><u>合 計</u> 金 円</p> <p>内訳 { 男性不妊治療分を除く 金 円</p> <p> { 男性不妊治療分 金 円</p>		
<p>過去に共和町又は他の市町村で特定不妊治療費に関する助成金をうけたことがありますか</p> <p>・ない ・ある（過去 回受けたことがある）</p> <p style="margin-left: 100px;">↳ 助成を受けた市町村名（ ）</p>			
共 和 町 の 記 載 欄	<p>添付の書類</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 北海道知事からの助成決定通知書（指令文）の写し ・ 治療及び調剤に係る領収書（指定医療機関で指示された他の医療機関の検査等に係る領収書を含む） ・ 同意書 		
	<p>申請者の状況等の確認</p> <p>① 共和町の住民登録の状況（夫：有・無、妻：有・無）</p> <p>② 婚姻（有・無）</p> <p>③ 町税及び使用料等の納付について（未納の状況 有・無）</p> <p>④ 今回の申請は、初回・2回目・3回目・4回目・5回目（1回目は平成 年 月 日）</p> <p style="text-align: right;">□助成決定 □助成不可</p>		

様式第2号（第4条関係）

同 意 書

共和町特定不妊治療費助成金の交付申請するにあたり、共和町が助成の適否を決定するために住民基本台帳、町税の納付状況など必要な確認を行うことを承諾します。また、必要に応じて、他の市町村に対し、この申請に関する情報を照会し、又は提供することについて同意します。

年 月 日

共和町長 様

申請者 住 所 共和町
氏 名

印