

様式第 2 号（第 7 条関係）

八峰町不育症治療費助成金申請書

年 月 日

八峰町長 様

申 請 者 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

八峰町一般不妊治療・不育症治療費助成金交付要綱第 6 条の規定に基づき助成を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

住 所		氏 名	生年月日
夫			年 月 日
妻			年 月 日
交付申請額	円		
医療機関名			
添付書類	1 不育症治療・検査受診等証明書 2 医療機関の発行した不妊治療費の領収書の写し 3 夫及び妻の住民票（別世帯等で婚姻関係が確認できない場合は戸籍謄本も必要です。） 4 夫及び妻の納税証明書 5 夫及び妻の健康保険証の写し		