

様式第1号（第6条関係）

八峰町不妊治療費等助成金交付申請書

年 月 日

八峰町長 様

関係書類を添えて、下記のとおり不妊治療費等の助成を申請します。

なお、助成の適性を判断するために必要な場合は、町担当部署に対し、必要事項を照会して回答を受けること及び必要書類を申請し交付を受けること、また、八峰町以外の自治体に対する本申請(助成)に係る情報の照会・提供及び医療機関に対する治療内容等の照会について同意します。

	ふ り が な 氏 名	生 年 月 日
申 請 者		年 月 日
配 偶 者		年 月 日
住 所	電話 ()	
住 所 (夫婦の住所が異なる場合)	電話 ()	
申 請 金 額	円	
治 療 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日	
申 請 内 容	<input type="checkbox"/> 特定不妊治療費	【添付書類】 1. 秋田県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し 2. 秋田県特定不妊治療費助成事業申請書に添付書類として提出した特定不妊治療に要した治療費の領収書の写し
	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療費 <input type="checkbox"/> 不育症治療費	【添付書類】 1. 一般不妊治療・検査受診等証明書又は不育症治療・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
	<input type="checkbox"/> 通院交通費	
治 療 医 療 機 関	医療機関名： 所在地：	通院回数 回
不妊治療等に係る 助 成 状 況	<input type="checkbox"/> 秋田県特定不妊治療費助成事業助成 (円) <input type="checkbox"/> 同一年度で八峰町不妊治療費助成 (有 無)	