

年 月 日

八峰町長 様

八峰町特定不妊治療費助成金交付申請書

関係書類を添えて次のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

申請者	(ふ り が な) 氏 名		生 年 月 日			
夫	() 印		年 月 日 (歳)			
妻	() 印		年 月 日 (歳)			
住所	〒 TEL					
申請額	年度 回目 円					
振込先	銀行 金融機関名 農協 本店 ・ 支店 金庫					
	預金種別 (どちらかに○)	普 通 当 座	(カタカナ) 口座名義人		()	
	口座番号					左詰で記入

※ 印鑑は夫婦別々の印鑑を使用してください。

(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受診等証明書の写し及び秋田県不妊治療費助成事業協力医療機関受診等証明書の写し
- (3) 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（保険外診療）の写し

八峰町特定不妊治療費助成金交付決定等伺

上記のとおり、八峰町特定不妊治療費助成金の交付申請がありましたが、次のとおり決定してよろしいでしょうか、お伺いします。

□助成する。

□助成しない。(理由：)

決裁 年 月 日

町 長	副町長	課 長	副課長	課長 補佐	係長	係員