

美郷町不妊治療・不育症治療費補助金申請書

	ふりがな		生年月日	
	氏名			
夫			昭和・平成	
			年 月 日 ( 歳)	
妻			昭和・平成	
			年 月 日 ( 歳)	
住 所	〒 —		電話	
	美郷町		( )	
住 所 ※1	〒 —		電話	
			( )	
申請金額	円			
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
治療医療機関	医療機関名			
	所在地			
	医療機関名			
	所在地			
治療内容	1 一般不妊治療 2 特定不妊治療（体外受精・顕微授精・男性不妊治療） 3 不育症治療			
不妊治療・不育症治療に係る補助金申請回数	過去の申請年度（ . . . 年度）			
	本年度申請（ 回目）			
<p>上記のとおり関係書類を添えて、治療費の補助金を申請します。</p> <p>なお、私（申請者）及び配偶者の町税やその他町への納付金の納入状況の確認のため、町職員が公簿等を閲覧することを承諾いたします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>美郷町長 様</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名（自署） <span style="float: right;">印</span></p> <p style="text-align: center;">配偶者氏名（自署） <span style="float: right;">印</span></p>				
備考				

※1 夫婦の住所が異なる場合に記入する。