

阿賀町特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

阿賀町長 様

(申請者)
住所
氏名 印
TEL

下記のとおり、阿賀町特定不妊治療費助成金の交付申請をします。

記

対象者	夫	氏名			
		生年月日	年	月	日生 () 歳
	妻	氏名			
		生年月日	年	月	日生 () 歳
住所 (同一世帯の場合)					
住所 (個別世帯等の場合)					
助成金交付申請額		円	※1回の治療毎に10万円を上限とする。 ※申請できる年度は、通算5年度までとする。		
今回の申請回数	通算	回目	前回の申請年月 年 月		
今回の治療に対し、新潟県や他の自治体での不妊治療費助成申請の有無			有 ・ 無		
<p>阿賀町特定不妊治療費助成金の交付申請にあたり、阿賀町長が支給決定に関して助成の適正を図るため、阿賀町における納税状況等を確認すること、また必要に応じて他の自治体に情報の照会、提供すること及び医療機関に受診等証明書の内容を照会することについて同意します。</p> <p style="text-align: right;">氏名(夫) 印</p> <p style="text-align: right;">氏名(妻) 印</p>					
振込指定 金融機関	銀行名			口座番号	
	支店名			フリガナ	
				口座名義人	

(裏面へ)

※添付書類

- ① 阿賀町特定不妊治療費助成事業受診等証明書（別記様式第2号）（新潟県特定不妊治療費助成事業（以下「県事業」という。）の申請をしている場合は、当該申請時に添付した県事業受診等証明書の写しでも可）
- ② 特定不妊治療を受けた医療機関が発行する領収書（県事業の申請をしている場合は、当該申請時に添付した領収書の写しでも可）
- ③ 県事業決定通知書の写し
- ④ 夫婦いずれか一方が町外に住所を有しているまたは夫婦の住所が異なる場合は、戸籍謄本など法律上の婚姻関係であることを証明できる書類