

赤枠の2箇所をご記入ください。
申請者はご夫婦どちらでもかまいません。

様式第1号（第5条関係）

東温市特定不妊治療費助成金交付申請書兼同意書

(宛先) 東温市長

年 月 日

申請者氏名

印

東温市特定不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

助成対象者		夫			妻		
	(ふりがな) 氏名						
	個人番号						
	生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)			昭・平 年 月 日 (歳)		
	住所	〒			〒		
	連絡先	() (携帯電話・自宅電話・その他:)			() (携帯電話・自宅電話・その他:)		
過去に自治体から受けた特定不妊治療費の助成	<input type="checkbox"/> 不妊治療費の助成を受けたことはない <input type="checkbox"/> 不妊治療費の助成を受けたことがある (受けた回数 回)						
	助成年度	年度	年度	年度	年度	年度	
	助成を受けた都道府県	<input type="checkbox"/> 愛媛県	<input type="checkbox"/> 愛媛県	<input type="checkbox"/> 愛媛県	<input type="checkbox"/> 愛媛県	<input type="checkbox"/> 愛媛県	
		<input type="checkbox"/> 他県	<input type="checkbox"/> 他県	<input type="checkbox"/> 他県	<input type="checkbox"/> 他県	<input type="checkbox"/> 他県	
	回数	回	回	回	回	回	
<input type="checkbox"/> 他県にチェックした場合はその自治体名 ()							
同意書	特定不妊治療費助成事業申請に係る審査にあたり、市長が税務情報及び住民基本台帳情報等の閲覧を行うことに同意いたします。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 氏名 夫 印 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 妻 印 </div>						

(注) 太枠の中をご記入ください。

(裏面)

(市記載欄)

申請受理 年 月 日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
受給者番号		審査結果	承認・不承認
算 定 額	費用額(A)		円
	県助成金額(B)		円
	助成金対象額(A-B)		円
	助成金額		円
審査	○住民票 定住日 (年 月 日) 適・不適 ○市税 適・不適 ()		

(添付書類)

- 1 愛媛県特定不妊治療費助成事業受診等証明書もしくは写し
- 2 特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し (愛媛県発行のもの)
- 3 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書もしくは写し