

第1号様式（第5条関係）

瀬戸内町不妊治療費等支援事業助成金交付申請書

令和 年 月 日

瀬戸内町長 鎌田 愛人 殿

瀬戸内町不妊治療費等支援事業助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費等の助成を申請します。

記

申請者	フリカゝナ 氏名		生年月日 及び年齢	年 月 日 ( 歳)
	個人番号			
	住所	〒 — 電話番号 — —		
配偶者	フリカゝナ 氏名	続柄 (夫・妻)	生年月日 及び年齢	年 月 日 ( 歳)
	個人番号			
	住所	〒 — (申請者と同じ場合は記入不要) 電話番号 — —		
給付の種類と申請金額 (右記項目のいずれかに✓)		<input type="checkbox"/> 特定不妊治療費 <input type="checkbox"/> 一般不妊治療費 <input type="checkbox"/> 不育治療費		金 _____ 円
		<input type="checkbox"/> 特定不妊治療の旅費等		金 _____ 円
瀬戸内町での助成回数 ( ) 回目			他の市町村での助成回数 ( ) 回目	

- (添付書類) 1 不妊(不育)治療受診等証明書  
 2 不妊(不育)治療費領収書の写し  
 3 保険証の写し(夫婦ともに必要)  
 4 その他必要と認める書類  
 5 鹿児島県不妊治療費助成事業実施要綱における助成対象者のみ  
 ※旅費等の内訳書、交通費・宿泊費の領収書の写し、鹿児島県が交付した特定不妊治療費助成事業承認決定通知書及び鹿児島県の不妊治療費助成事業受診等証明書の写し

(瀬戸内町記入欄)

申請受理年月日	令和 年 月 日	交付決定又は不交付決定 年月日	令和 年 月 日
助成対象年度	令和 年度	年度内助成回数	回 通算回数 回
交通費決定額	円	特定不妊治療費の年度合計額	円
宿泊費決定額	円	一般不妊治療費の年度合計額	円
治療費決定額	円	不育治療費の年度合計額	円