

西原村一般不妊治療(人工授精)費助成事業申請書

年 月 日

様

申請者

住所

氏名

(口座名義人と同一)

電話番号

関係書類を添えて次のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

対象者	(ふりがな) 氏名 <自署又は記名押印>		生年月日		
	夫	()	昭和 平成	年 月 日 (歳)	
	妻	()	昭和 平成	年 月 日 (歳)	
	住所(※1)	〒 - 電話			
	住所(※2)	〒 - 電話			
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所	
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人 (申請者と同一)	()	
	口座番号	(左詰記入)			
申請額	金	円			

注)太枠の中をご記入ください

※1 夫婦の住所を記入する。

※2 単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合等に記入する。

(添付書類) 1 一般不妊治療(人工授精)費助成事業受診等証明書及び領収書

2 婚姻関係または事実婚であることを証明できる書類

3 住所地を証明する書類

4 夫及び妻の所得額を証明する書類

◎ 申請の際に、印鑑をお持ちください。

申請受理年月日		受給者番号	
決定年月日		結果 (承認・不承認)	円

様式第1号の2

西原村一般不妊治療(人工授精)費助成事業に関する同意書

年 月 日

様

夫 住所

氏名

印

妻 住所

氏名

印

私たちは、西原村一般不妊治療(人工授精)費助成金に係る下記の事項について同意します。

1 助成金を交付するために必要な要件を確認するため、次の事項について閲覧します。

(1) 住民基本台帳(本市町村に住所を有することを確認)

(2) 戸籍(法律上の婚姻関係にあることを確認)

(3) 前年所得の状況(1月から5月にあつては前々年)(所得制限内であることを確認)

2 過去にお住いの自治体に、一般不妊治療費助成金の受給状況の確認を行うことがあります。

※情報の取扱には十分注意し、プライバシーは厳守します。