

新宮町特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

新宮町長 様

特定不妊治療費について助成金の交付を受けたいので、新宮町特定不妊治療費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、この助成金の交付の決定に係る審査のため、町税の納付状況について関係機関から情報提供を受けることについて同意します。

(夫氏名) _____

(妻氏名) _____

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
夫	()	年 月 日 (歳)
妻	()	年 月 日 (歳)
住所 (注1)	〒 — 福岡県糟屋郡新宮町	電話 ()
住所 (注2)	〒 —	電話 ()
申請金額	円	
申請金額 算 出	① 県が助成の対象とした治療費 () 円 ② 県の助成決定額 () 円 ③ 町への助成申請額①-② () 円 ※ただし、助成上限額は5万円。	
治 療 医療機関	医療機関名： 所 在 地：	
県の助成 決 定 日	年 月 日	治療内容： 特定不妊治療 男性不妊治療
県 へ の 申請回数	本年度申請 () 回目	

注1 夫婦の住所を記入する。

注2 夫婦の住所が異なる場合に記入する。