

愛荘町不妊治療助成事業申請書（ ）回目

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

申請年数：通算_____年目

記

	ふりがな 氏名	生年月日
夫		昭和 年 月 日（ 歳） 平成
妻		昭和 年 月 日（ 歳） 平成
住所	〒 愛荘町 電話番号（ ）	
申請額	申請額 金 円 申請日 年 月 日	
過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去（ ）回受けた 助成を受けた自治体は（ ）		
愛荘町長 様 ※夫及び妻が自署もしくは記名押印 氏名 氏名 この助成を受けるために必要な情報確認について同意します。		
振込み先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所
	預金種別	普通（ふりがな） 当座 口座名義人
	口座番号	

（添付書類）

1. 滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書写し（特定不妊治療の場合）
愛荘町不妊治療助成事業受診等証明書（様式第2号）（人工授精の場合）
2. 医療機関発行の領収書
3. 滋賀県特定不妊治療助成事業の決定通知書（特定不妊治療の場合）
4. その他第2条に定める内容が確認できる証明書等（必要な場合のみ）

愛荘町処理欄

住定日 夫	年 月 日	所得確認（730万円未満）	
妻	年 月 日	公租公課（収納状況）	
婚姻年月日	年 月 日		