

様式第1号（第6条関係）

長瀬町不妊治療等支援事業助成金交付申請書

年 月 日

長瀬町長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

長瀬町不妊治療等支援事業助成金の交付を受けたいので申請します。

なお、助成要件の確認にあたり、長瀬町が、住民基本台帳、夫婦の町税等の納付状況、長瀬町早期不妊治療費助成事業実施要綱の規定に基づく助成金の支給決定を受けていないこと等を確認し、領収書の内容について医療機関に確認することに同意します。

氏名	生年月日	加入保険	婚姻年月日
夫			年 月 日 ※事実婚の場合は記入不要
妻			
自己負担額	円	申請額	円
添付書類 (添付したものに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください)	<input type="checkbox"/> 医療機関発行の領収書の原本（原本が提出できない場合は領収書の写し） <input type="checkbox"/> （投薬があった場合）薬剤内訳書（様式第4号）に調剤薬局が発行する領収書		

注：申請は診療終了月の翌月の初日から起算して1年以内に行ってください。