

様式第1号(第6条関係)

三朝町特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

三朝町長 様

申請者 住所 三朝町大字
氏名
電話

印

関係書類を添えて三朝町特定不妊治療費助成金の助成を申請します。

記

	ふりがな 氏名	生 年 月 日
夫		年 月 日 (歳)
妻		年 月 日 (歳)
住所	〒 - 三朝町 電話	
* 夫婦の住所が異なる場合	〒 三朝町 電話	
助成金申請(実績報告)額	円	
申請受理年月日	決定年月日(承認・不承認)	
受給者番号		

* 夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に有する場合をいう。

三朝町特定不妊治療費助成金の助成に係る審査に当たり、私及び配偶者の世帯構成及び町税等の納付状況を照会することについて承諾します。

年 月 日

住 所
氏 名

印

(添付資料)

1. 特定不妊治療受理証明書(鳥取県特定不妊治療費助成金を受けている場合は、不要)
2. 医療機関発行の特定不妊治療に係る領収書の写し
3. 夫及び妻の医療被保険者証の写し
4. 三朝町特定不妊治療実施報告書

鳥取県特定不妊治療費助成金交付決定及び額の確定通知書がある場合は、その写し。