

第1号様式（第5条関係）

大磯町特定不妊治療費助成申請書

年 月 日

大磯町長 殿

大磯町特定不妊治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、婚姻関係、住所及び納税状況を確認するため、職員が関係機関に確認することに（同意します ・ 同意しません）。

申請者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	(歳)	
配偶者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	(歳)	
住所	〒	—	電	
	大磯町		話	()
治療費支払額	円	県要綱による助成額	円	
申請額	円	申請回数	回目 (初回申請： 年度)	
※申請額は、治療に要した医療費について、10万円又は5万円を限度として申請してください。		※大磯町への申請状況を記入してください。		
他市町村からの特定不妊治療助成の有無 ※該当するものに○印をつけてください。				
無 有		年 月	自治体名()	※直近のものを御記入ください。

(以下には記入しないでください。)

申請受理年月日	年 月 日	申請番号	
大磯町への 住民登録日	(申請者)	(配偶者)	
	年 月 日	年 月 日	
添付書類	夫及び妻が申請日に大磯町に住所を有している。		
	神奈川県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書の写し		
	神奈川県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の写し		
	神奈川県に提出した特定不妊治療に要した治療費(保険外診療)の原本		
婚姻関係、住所及び納税状況が確認できる書類 ※関係機関に職員が確認することに同意した場合は、不要			