

様式第 1 号（第 6 条関係）

川島町不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

川島町長

川島町不妊治療費助成金交付要綱第 6 条により、不妊治療費助成金の交付を受けたいので申請します。なお、当該申請の審査に当たって行う確認事項に係る調査等について承諾します。

申 請 者	夫	ふりがな 氏 名			
		生年月日	年	月	日
		住 所	〒		
		電話番号			
申 請 者	妻	ふりがな 氏 名			
		生年月日	年	月	日
		住 所	〒		
		電話番号			
申 請 金 額		特定不妊治療	円		
		男性不妊治療	円		
添 付 書 類	特定不妊治療	<input type="checkbox"/> 埼玉県不妊治療費助成事業特定不妊治療実施証明書の写し <input type="checkbox"/> 埼玉県特定不妊治療費助成事業助成金支給決定通知書の写し			
	男性不妊治療	<input type="checkbox"/> 埼玉県不妊治療費助成事業男性不妊治療実施証明書の写し <input type="checkbox"/> 男性不妊治療費助成事業助成金交付決定兼交付確定通知書の写し			
	共 通 資 料	<input type="checkbox"/> 不妊治療費の領収書（原本が提出できない場合は、領収書の写し） ※領収書の写しを添付する場合は、確認のため、領収書の原本をお持ちください。			

過去の助成状況	該当するものに✓してください。	<input type="checkbox"/> 他の市町村の不妊治療費（特定・男性）の助成を受けたことはない。 <input type="checkbox"/> 他の市町村の不妊治療費（特定・男性）の助成を受けたことがある。					
	埼玉県不妊治療費助成金額	年 度	年 度	年 度	年 度	年 度	年 度
		特定不妊治療					
		男性不妊治療					
	川島町不妊治療費助成額	年 度	年 度	年 度	年 度	年 度	年 度
		特定不妊治療					
		男性不妊治療					
	他の自治体での不妊治療費助成金額	年 度	年 度	年 度	年 度	年 度	年 度
		特定不妊治療					
		男性不妊治療					
	確認事項	1 住民基本台帳による住民登録の確認	確認日	年	月	日	
		2 当町における税の納付状況の確認	確認日	年	月	日	
3 他市町村における不妊治療費助成金の受給状況の確認 (必要に応じて他市町村への照会)		確認日	年	月	日		

※助成金は、（夫・妻）名義の下記口座に振り込んでください。

振 込 先 金 融 機 関		
名 称	銀行・信用金庫 農協・信用組合	支店
預 金 の 種 類	普通 ・ 当座	
口 座 番 号	No.	
口座名義(カタカナ)		