

嘉島町一般不妊治療費（人工授精）助成事業申請書兼請求書

年 月 日

嘉 島 町 長 様

今回の申請において、下記の件について同意したうえで、関係書類を添えて次のとおり嘉島町一般不妊治療費（人工授精）の助成金を申請・請求します。

1. 助成の適否を判断するために必要な場合は、嘉島町以外の自治体に対する本申請に係る情報の照会・提供および医療機関に対する治療内容等の照会。
2. 私たち夫婦及び属する世帯の世帯員に関し、町が嘉島町一般不妊治療費（人工授精）助成事業実施要綱第3条に規定する受給資格の確認。

申請者氏名 _____ 印

配偶者氏名 _____ 印

	申請者	配偶者	
生年月日及び年齢	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）	
住所	〒 - 嘉島町	<input type="checkbox"/> 申請者と同様 〒 - 嘉島町	
電話番号			
申請及び請求内容	申請者と配偶者の入籍日	年 月 日	
	他市町村の助成歴	無 ・ 有	
	税金の滞納	無 ・ 有 ※夫婦及び同一世帯員が対象	
	請求金額	円 ※上限金額5万円	
振込口座 (申請者の口座)	金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合 本店 支店・支所 出張所	
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

【 添付書類 】

1. 嘉島町一般不妊治療費（人工授精）助成事業受診等証明書
2. 一般不妊治療に係る医療機関の領収書