

様式第1号（第5条関係）

五城目町特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

五城目町長 様

五城目町特定不妊治療費助成金について、関係書類を添えて申請します。

なお、住民基本台帳情報等の交付申請の審査に必要な情報について、調査することに同意します。

申請者	(ふ り が な) 氏 名	生 年 月 日							
夫	()	年 月 日 (歳)							
妻	()	年 月 日 (歳)							
住所 (※1)	〒 TEL								
住所 (※2)	〒 TEL								
申請額	円								
振込先	金融機関名		銀行		本店				
			金庫		支店				
	預金種別 (どちらかに○)	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人			()			
	口座番号								左詰で記入

※1 夫婦の住所を記入してください。

※2 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

(添付書類)

- (1) 秋田県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
- (2) 秋田県特定不妊治療費助成事業申請書に添付書類として提出した特定不妊治療に要した治療費の領収書の写し
- (3) 秋田県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- (4) 限度額適用認定証の写し(所持している方のみ)
- (5) 高額療養費、付加(附加)給付金の決定額が確認できる書類(該当者の方のみ)
- (6) 夫婦それぞれの住民票 (☐ 無料交付申請に同意します)
- (7) 夫婦それぞれの納税証明書 (☐ 無料交付申請に同意します)

様式第2号（第5条関係）

五城目町特定不妊治療費助成金請求書

請求年月日 年 月 日

五城目町長 様

（申請者） 住 所 _____

氏 名 _____

特定不妊治療費助成金を次のとおり請求します。

金 額 _____ 円