

令和 年 月 日

嘉手納町長 殿

申請者 住所 嘉手納町

氏名 印

特定不妊治療費助成事業申請書

嘉手納町特定不妊治療費助成事業実施規則第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

記

(フリガナ) 氏名	夫	()	妻	()
生年月日		S・H 年 月 日(歳)		S・H 年 月 日(歳)
住所	〒904-02 _ _ 嘉手納町 電話番号			
夫婦の住所が異なる場合※	〒 電話番号			
過去の助成実績	○本町で助成を受けた回数 (回) ○他の市町村で過去に助成を受けた回数 (回)			
給付を受けようとする助成金の額				円

※ 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住所を有する場合をいう。

助成の適正を図るため必要な場合は、沖縄県や他市町村に対し、この助成金に係る受給状況について情報を照会、提供することに同意します。 また、県助成事業の対象要件に該当し、承認決定を受けたことに相違ありません。	氏名(夫)	印
	氏名(妻)	印

(注) 夫婦両方の記名押印が必要です。各々の印鑑を使用してください。

(添付書類)

- 1 当該特定不妊治療に係る県助成事業の特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
- 2 県助成事業申請時に提出した当該特定不妊治療に係る特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- 3 当該特定不妊治療に要した費用に係る領収書の写し
- 4 町税等の滞納がないことを証明できる書類

(町記載欄)

申請受理年月日	令和 年 月 日	(承認・不承認)決定年月日	令和 年 月 日
受給者番号	過去の助成回数		
算定額	A 費用額		円
	B 県助成金額		円
	C 助成金対象額 (A-B) × 0.5		円
	助成金額		円
審査	○住民票 定住日(S・H・R 年 月 日) 適・不適 ○町税等滞納状況 適・不適 () ○他市町村での助成状況 適・不適 ()		