様式第１号（第９条関係）

　　年　　月　　日

黒潮町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　氏名　　　　　　　　　　　　㊞

黒潮町特定不妊治療費補助金交付申請書

黒潮町特定不妊治療費補助金を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

また、この申請の審査のため夫婦に関する住民基本台帳及び納税状況等の内容確認、他市町村への照会及び情報提供に同意します。

申請回数（　　　回目）　初回申請年度（　　　年度）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　分 | 夫 | 妻 |
|  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日生（　　歳） | 年　　月　　日生（　　歳） |
| 住　　所 | 〒  電話 | 〒  電話 |
| 治療費支払額 | | 特定不妊治療分　　　　　　　円  男性不妊治療分　　　　 円  合　　　 　計 円 |
| 高知県特定不妊治療費助成額 | | 特定不妊治療分　　　　　　 円  男性不妊治療分　　　　 　 円  合　　　 　計 円 |
| 申請金額 | | 円 |

備考

　添付書類

(1)高知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

(2)黒潮町特定不妊治療医療機関受診証明書（高知県知事に提出する「不妊に悩む方への特定治療支援事業指定医療機関受診等証明書」の写しの添付も可）

(3)特定不妊治療に係る領収書

(4)その他町長が必要と認める書類