

様式第1号（第5条関係）

木城町不妊治療費支援事業申請書兼請求書

年 月 日

木城町長 殿

申請者

住 所

氏 名

㊞

電話番号

木城町不妊治療費支援事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請・請求します。

申請額 円

区 分	夫（パートナー）	妻（パートナー）
（ふりがな） 氏 名		
生年月日		
住 所 電話番号	木城町大字 （ — — ）	木城町大字 （ — — ）
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 本店・支店 労金・農協 支所
	預金種類	口座名義人
	口座番号	

医療機関での支払いの際に、限度額認定証を使用しましたか？

① （ はい ・ いいえ ）
↓ 「はい」の場合は②・③へ

② 適用区分（ ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ） ひと月の上限額（ 円）

③ 使用した月（4月・5月・6月・7月・8月・9月・10月・11月・12月・1月・2月・3月）

※法律上の婚姻をしていない場合は事実婚となる方の氏名を記入する。

[町記入欄]

受給者番号	決定内容	承認・不承認
申請受理日	交付決定日	
給付決定額		

様式第2号（第5条関係）

木城町長 殿

年 月 日

夫婦の納税証明書等同意書

下記の者は、木城町不妊治療費助成金の交付申請にあたり、 年度の地方税関係情報及びその他必要事項に関して閲覧することに同意します。

また、木城町不妊治療費支援事業実施要綱第5条第1項の規定により町が他の地方公共団体への同様の助成金の交付に係る情報を照会・提供すること及び医療機関へ検査内容等を照会することについて同意します。

同意書	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	木城町大字
同意書	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	木城町大字