様式第１号(第５条関係)

不妊・不育症治療費助成支給申請書

　　年　　月　　日

　　西伊豆町長　様

申請者住所

氏名

電話番号

　　西伊豆町不妊・不育症治療費助成を支給されるよう、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな夫の氏名 | 　　　　　　　　　 | 夫の生年月日（年齢） | 　　　　　年　　月　　日（　　歳） |
| ふりがな妻の氏名 | 　　　　　　　　　 | 妻の生年月日(年齢) | 　　　　　年　　月　　日（　　歳） |
| (夫婦一方の住所が申請者の住所と異なる場合は、その異なる住所を記入) | 住所：理由： |
| 申請回数 | 　　　　回目 |
| 　今回の申請の日前における西伊豆町不妊治療費助成の受給の有無　　　無　・　有　（　　　　　　　　　　　　　　　　年度） |

（添付書類）

1　不妊・不育症治療受診等証明書（第2号様式）

2　戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書（日本国籍を有しない者にあっては、外国人登録原票記載事項証明書）

3　不妊・不育症治療を受診した医療機関発行の領収書の写し

　（承諾事項）

不妊・不育症治療費助成の支給申請に当たり、必要に応じ西伊豆町長が行う次の行為について、承諾します。

1　住民票等の個人情報の閲覧

2　医療機関に対し行う不妊・不育症治療受診等証明書及び領収書の確認

※下記は記入不要です

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 領収金額 | 　　　　　　円 | 受給者番号 |  |
| 対象外の経費 | 　　　　　　円 | 決定年月日 | 年　　月　　日 |
| 補助対象経費 | 　　　　　　円 | 交付決定額 |  |