

年 月 日

越前町長殿

申請者 氏名

特定不妊治療費等について助成を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、助成の決定にあたり夫婦の住民登録・町税の納付状況・課税状況について調査することに同意します。

	(ふりがな) 氏名	生年月日
夫		昭和 平成 年 月 日 ( 歳)
妻		昭和 平成 年 月 日 ( 歳)
住所(※1)	〒 福井県丹生郡越前町 電話 ( )	
住所(※2) (夫・妻)	〒 電話 ( )	
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
特定不妊治療費(本人負担額) <u>金</u> 円 (精巣内精子採取術) 申請額 <u>金</u> 円		
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日
	年 月 日	年 月 日

注1) 太枠の中をご記入下さい。

※1: 夫婦の住所を記入する。

※2: 単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入する。

<添付書類>

- ① 福井県特定不妊治療費助成事業受診等証明書(県へ提出した証明書の写し)
- ② 特定不妊治療(精巣内精子採取術)を受けた医療機関発行の領収書(原本を持参)
- ③ 夫婦の戸籍謄本(写し)
- ④ 夫及び妻の医療保険証(写し)
- ⑤ 事実婚の場合は二人の戸籍謄本及び住民票(写し)
- ⑥ その他町長が必要と認める書類(振込先のコピー等)