

様式第1号（第5関係）

年 月 日

西和賀町長 様

申請者 氏 名 ⑩

西和賀町不妊に悩む方への特定治療支援事業費助成金交付申請書（ 回目）

西和賀町不妊に悩む方への特定治療支援事業費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記により申請します。

また、助成の適正を判断するために必要な場合は、西和賀町以外の地方公共団体に対する本申請に係る情報の照会及び提供を西和賀町が行うことについて同意します。

交 付 申 請 額	円	指定医療機関で証明した特定不妊治療に要した費用から県助成金を控除した額と20万円を比較して少ない方の額（1円未満切捨て）		
夫	(フリガナ)		生年	年 月 日生
	氏 名		月日	(歳)
妻	(フリガナ)		生年	年 月 日生
	氏 名		月日	(歳)
住 所	〒 電話 ()			
夫と妻の住所が異なる場合は本欄にも記入	〒 電話 ()			
治 療 した 指 定 医 療 機 関	医療機関名			
	住 所			
希望する支払い金融機関	金融機関名		支店名	
	口座の種類 普通・当座		口座番号	
	口座名義人（申請者と同じ名義とする。）			

(添付書類)

- 1 県助成金の交付決定通知の写し
- 2 不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の写し
- 3 指定医療機関の発行した特定不妊治療費に係る領収書の写し