

別 記

第1号様式 (第5条第1項)

年 月 日

栄町長 様

栄町特定不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

特定不妊治療費助成金の交付を受けたいので、栄町特定不妊治療費助成金交付規則第5条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請の上、請求します。

なお、私達は、他市区町村において同趣旨の助成を受けていないことを誓約します。

1 申請者の氏名等

申請者	フリガナ		電話	
	氏名			
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	住所			
配偶者	フリガナ		電話	
	氏名			
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	住所			
請求額		円		

添付書類

- 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証する書類 (2において同意した場合は、省略できます。)
- 県要綱に基づく書類であって次に掲げるものの写し
 - 千葉県特定不妊治療費助成承認決定通知書
 - 事実婚関係に関する申立書
 - 特定不妊治療受診等証明書
 - 特定不妊治療受診等証明書 (男性不妊用)
- 前号イからエまでに掲げる書類がない場合にあつては、次に掲げる書類の区分に応じそれぞれに定める書類
 - 前号イに掲げる書類 事実婚関係に関する申立書 (別記第2号様式)
 - 前号ウに掲げる書類 特定不妊治療医療機関証明書 (別記第3号様式)
 - 前号エに掲げる書類 特定不妊治療受診等証明書 (男性不妊用) (別記第4号様式)
- 振込先の内容が分かる通帳の写し
- その他の書類 ()

2 同意事項

私達は、特定不妊治療費助成金の交付の決定に当たり、栄町が保有する次の情報について栄町職員が調査することに同意します。

(※□に✓を記入の上、自署又は記名押印してください。)

- 戸籍に関する情報 (栄町において戸籍がある方に限ります。)
- 住民票に関する情報
- 町税の収納状況に関する情報

印

印

3 特定不妊治療費助成金の交付が決定した場合の振込先

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫・農協		本店・支店・支所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

※振込先は、申請者本人の預金口座としてください。