

様式第1号（第5条関係）

基山町不妊治療費助成事業助成申請書

年 月 日

基山町長 様

申請者 住 所
氏 名
生年月日
電話番号

関係書類を添えて、次のとおり不妊治療費の助成を申請します。

記

配偶者氏名		生年月日	年 月 日
住 所			
助成対象治療費 ※高額医療費適用後	円		
助成実績	※該当する箇所にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 佐賀県の不妊治療の助成を受けている。 <input type="checkbox"/> 基山町と佐賀県以外の不妊治療の助成を受けている。 (具体的に)		

同意書	本申請書の記載事項に相違ありません。 基山町以外の自治体が行った不妊治療費助成事業による助成金の交付状況について基山町以外の自治体に照会すること、基山町不妊治療費助成事業による助成金の交付状況について他の自治体から照会のある場合これに回答すること、助成対象となった不妊治療に関して実施医療機関に照会することについて同意します。 本申請の審査において、夫婦の町税等の収納状況を閲覧することに同意します。 氏名 夫 妻
-----	---

○以下の書類を添付してください。

- (1) 基山町不妊治療費助成事業に係る受診等証明書
- (2) 基山町不妊治療費助成事業助成金請求書
- (3) 今回の治療期間の領収書の写し
- (4) 預金通帳の写し
- (5) 佐賀県不妊治療助成事業の助成を受ける場合には、決定通知書の写し
- (6) 夫婦が別世帯に属する場合は住民票謄本（続柄、本籍、筆頭者の記載があるもの、交付日から3か月以内のもの）

※お預かりした個人情報厳重に管理し、基山町不妊治療費助成事業のみに使用します。
ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。