

広野町一般不妊治療費助成事業補助金交付申請書

年 月 日

広野町長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

下記のとおり広野町一般不妊治療費助成事業補助金の交付を受けたいので、広野町一般不妊治療費助成事業補助金交付要綱第6条の規定により関係書類を添えて申請します。

項目	(ふりがな) 氏 名	生年月日
夫	( )	年 月 日 ( 歳)
妻	( )	年 月 日 ( 歳)
住 所	〒 _____ 連絡先 _____	
(夫と妻の住所が異なる場合には、本欄にも記入のこと)	〒 _____ 連絡先 _____	
同意欄	<p>【添付書類は次の同意により省略できる場合があります。希望する方は記載してください。】</p> <p>一般不妊治療費の補助金交付の申請にあたり、交付の決定に関して必要な住民情報及び課税資料情報等の情報を閲覧し確認することを承諾します。また、交付の適正を図るために必要な場合は、他の地方自治体に情報の照会、提供をすること及び医療機関等に受診等証明書の内容を照会することについて同意します。</p> <p>氏名(夫) _____ 印 (妻) _____ 印</p>	
交付申請額	<p>②欄は、一般不妊治療のうち、①の額に2分の1を乗じた額と10万円とを比較して少ない方の額（千円未満は切り捨てる）を記載してください。</p>	
	<p>①一般不妊治療費支払額</p>	<p>円</p>
	<p>②広野町一般不妊治療費助成事業補助金申請額【①×1/2の額と10万円を比較して少ない方の額（千円未満は切り捨て）】</p>	<p>円</p>

