

広野町特定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特定不妊治療費助成事業補助金の交付を受けたいので、広野町特定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>特定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>（1）③欄は、特定不妊治療のうち、体外受精（顕微授精を含む）に係る治療費について、①から②を差し引いた額に2分の1を乗じた額と30万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>	
	①保険適用外の治療費支払額	円
	②福島県特定不妊治療費助成金額	円
	③広野町特定不妊治療費助成事業補助金申請額【(①-②)×1/2の額と30万円を比較して少ない方の額（千円未満は切り捨て）】	円

