様式第１号（第５条関係）

田野畑村特定不妊治療費助成金交付申請書

年　　月　　日

田野畑村長　　　　　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　㊞

電話番号

田野畑村特定不妊治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成金申請額 | 円 |  |
| 夫 | （ふりがな） |  | 生年月日 | 年　　月　　日生（　　歳） |
| 氏名 | ㊞ |
| 妻 | （ふりがな） |  | 生年月日 | 年　　月　　日生（　　歳） |
| 氏名 | ㊞ |
| 治療した医療機関 |  |
| 治療期間 | 　　　　　年　　月　　日　から　　　　　年　　月　　日　まで |
| 過去の助成の有無 | 過去に田野畑村特定不妊治療費助成金の交付を受けたことがありますか。ない　・　ある　（助成時期　　　　　　年　　月　　日） |
| 備考 |  |

【同意事項】

この助成金の交付を受けるため、本人及び生計を一にする者の村税、保険料、使用料等で村長が定めるものの納付状況を確認することに同意します。

（Ａ４）