

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

（宛先）寒川町長

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

寒川町特定不妊治療費助成金申請書

寒川町特定不妊治療費助成金交付要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、審査のため、町長が住民基本台帳及び課税台帳を確認することについて同意します。

		夫		妻	
フリガナ 氏名					
生年月日		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）	
住 所		〒 電話			
治療費支払額			円		
神奈川県特定不妊治療費助成額			円		
申請金額			円		
振込先 口座	金融機関名	銀行 金庫 組合		店	
	口座種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	口座名義人 (フリガナ)	
※ 以下、町記載欄					
受理年月日		決定・不交付年月日		決定金額	
				円	
住民登録		婚 姻		納税状況	

注) 1 振込先の金融機関は、申請者名義の口座を記入してください。

(添付書類)

- 1 神奈川県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書の写し
- 2 神奈川県不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書に添付書類として提出した特定不妊治療に要した治療費（保険外診療）の領収書の写し