

様式第1号（第5条関係）

八郎瀉町不育治療助成金交付申請書

年 月 日

八郎瀉町長 様

(請求者)

住所 八郎瀉町 _____

氏名 _____

電話番号 () _____

八郎瀉町不育治療助成金の申請にあたり、引き続き八郎瀉町へ在住するとともに、関係書類を添えて次のとおり申請します。

対象者	夫	妻
ふりがな 氏 名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所		
申請金額	円 (治療に直接要した費用、ただし10万円を超える場合は10万円とする。)	

添付書類

- 1 不育治療医療機関証明書(様式第2号)
- 2 不育治療を行った医療機関発行の領収書