

広陵町一般不妊治療費助成金交付申請書

広陵町長 殿

申請者 住所
氏名
電話番号

広陵町一般不妊治療費助成金の交付について、広陵町一般不妊治療費助成金交付要綱第7条の規定により関係書類を添えて次のとおり申請します。

対象者	夫	ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日 (歳)
	妻	ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日 (歳)
	住所	〒 電話番号	
	住所(※) 夫・妻	〒 電話番号	
① 広陵町で過去にこの助成を受けたことがありますか。(ある・ない) ② ①で「ある」と答えた方のみお答えください。 助成を受けた治療費の支払の最初の年度はいつですか。 (年度) ③ この申請に係わる一般不妊治療について、他の地方公共団体で助成を受けていますか。 (受けていない・受けている) ④ 夫婦の間の第1子に係る一般不妊治療ですか。 (はい・いいえ)			

※単身赴任等で夫と妻の住所が異なる場合に記入してください。

◎申請の際に夫婦それぞれの健康保険証をお持ちください。