

松田町特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

松田町長 殿

特定不妊治療費に係る助成金の交付を受けたいので、添付書類を添えて次のとおり申請します。

申請者	ふりがな			
	氏名	印		
	住所	松田町		
	生年月日	年 月 日	電話番号	
申請者の配偶者	ふりがな			
	氏名			
	住所	松田町		
	生年月日	年 月 日	電話番号	
過去の助成の有無	過去に特定不妊治療費の助成（他自治体を含む。）を受けたことがありますか。 有 { } ・無			
申請金額	円			
同意書 特定不妊治療費助成金の交付のため、申請者及びその配偶者の住民登録記載事項、所得の額又は納税状況の確認並びに医療機関、調剤薬局又は保険者への問い合わせなど必要な調査を、松田町職員が行うことに同意します。 <div style="text-align: right;"> 申請者氏名 _____ 印 配偶者氏名 _____ 印 </div>				

(町記載欄)

受理年月日	年 月 日	申請番号	
住民登録の確認	申請者	住民登録年月日	年 月 日
	配偶者	住民登録年月日	年 月 日
法律上の夫婦であることの確認		滞納がないことの確認	
添付書類	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		
	神奈川県に提出した特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し		
	神奈川県に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		