

様式第1号（第5条関係）

亶理町特定不妊治療費助成事業申請書

夫の氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日（ 歳）	
妻の氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日（ 歳）	
夫の住所	〒 電話（ ）			
妻の住所	〒 電話（ ）			
本申請前に受けた宮城県特定不妊治療費の助成に係る申請日及びその助成額並びに当該治療に係る他市町村からの助成の有無	回数	宮城県への申請日	宮城県からの助成額	他市町村助成の有無
	1回目	年 月 日	円	無・有
	2回目	年 月 日	円	無・有
	3回目	年 月 日	円	無・有
	4回目	年 月 日	円	無・有
	5回目	年 月 日	円	無・有
	6回目	年 月 日	円	無・有
	7回目	年 月 日	円	無・有
	8回目	年 月 日	円	無・有
9回目	年 月 日	円	無・有	
本申請の治療期間	年 月 日～ 年 月 日		本申請の通算回数	回
本申請の治療に要した費用額	円	本申請に係る宮城県からの助成額	円	
※上記のうち男性不妊治療分	円	※上記のうち男性不妊治療分	円	
申請金額	金 円			
<p>特定不妊治療費の助成について、関係書類を添えて申請します。</p> <p>なお、申請にあたり、私が配偶者と夫婦であること及び亶理町に住所があることを必要な書類の添付に代えて亶理町が公簿等により確認すること並びに過去の助成状況について、亶理町が宮城県及び他市町村へ照会することに同意いたします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p>				
亶理町長 殿				

注1) 太枠の中を記入してください。

- 添付書類 1 宮城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 宮城県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の写し又は本治療に係る領収書の写し
 3 夫婦であることが確認できる証明書（戸籍謄本）
 4 申請者及びその配偶者の住所が確認できる書類（住民票）