

西之表市離島地域不妊治療支援事業助成金交付申請書

年 月 日

西之表市長 様

西之表市離島地域不妊治療支援事業助成金交付要綱第4条の規定により、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

申請者	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒 電話		
配偶者	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒 電話		
費用 総額	交通費	円 (回分)		
	宿泊費	円 (回分)		
添付書類	1 指定医療機関が発行する生殖補助医療費領収書の写し 2 交通費及び宿泊費の領収書の写し 3 市税を滞納していないことの証明書 4 住民票 5 生殖補助医療受診等証明書			

※添付書類3、4は下欄の同意により添付書類を省略することができます。

西之表市離島地域不妊治療支援事業助成金交付申請の審査にあたり、次について確認、照会することに同意します。

(夫)	印	(妻)	印
1 夫婦の市税の納付状況	(同意する)	同意しない	()
2 夫婦の住民基本台帳	(同意する)	同意しない	()