

みやこ町特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

みやこ町長 様

申請者

住 所 みやこ町

氏 名

印

電話番号

みやこ町特定不妊治療費助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

記

ふりがな				
氏 名	夫		妻	
生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
住 所	みやこ町 電話番号 ()			
申請金額	円			
過去の助成歴	県の助成	年度 回、	年度 回、	年度 回
		年度 回、	年度 回	
	本町の助成	年度 回、	年度 回、	年度 回
		年度 回、	年度 回	
	他市町村の 助成	年度 回 (市町村名)		
		年度 回 (市町村名)		
		年度 回 (市町村名)		
		年度 回 (市町村名)		
		年度 回 (市町村名)		

同 意 書

みやこ町特定不妊治療費助成金交付申請に当たり、下記の事項について同意します。

記

- 1 福岡県不妊治療費助成金給付の有無及び助成内容について福岡県に確認すること又は福岡県からみやこ町特定不妊治療費助成金交付について照会があったときは回答すること。
- 2 夫婦の一方が他都道府県又は他市町村に居住する場合において、みやこ町が当該都道府県又は当該市町村にみやこ町の助成内容を通知すること又は当該都道府県若しくは該当市町村から照会があったときに回答すること。
- 3 みやこ町特定不妊治療費助成金交付対象者の認定に使用する目的に限り、申請者の世帯状況等を公簿により確認すること。
- 4 みやこ町特定不妊治療費助成金交付対象者の認定に使用する目的に限り、申請者及び申請者と世帯を同一する者の町税等の納付状況を確認すること。

氏名 夫 ⑩

妻 ⑩

(添付書類)

- 1 特定不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）及び治療に要した領収書の写し
- 2 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類（公簿で確認できる場合は省略可）
- 3 福岡県不妊治療費助成承認決定通知書の写し

(町記入欄)

申請受理年月日	年 月 日	受付者	
受給者番号		過去の 助成年度	年度、 年度、 年度 年度、 年度
算定額	費用額 (A)		円
	県助成額 (B)		円
	助成金対象額 (A - B)		円
	助成金額		円
審査	○住民 (1年以上の居住) : 適 ・ 不適 (定住日 年 月 日)		
	○町 税 : 適 ・ 不適		
	○国民健康保険税 : 適 ・ 不適 ・ 非該当		
	○後期高齢者医療保険料 : 適 ・ 不適 ・ 非該当		
	○保育料 : 適 ・ 不適 ・ 非該当		
	○住宅使用料 : 適 ・ 不適 ・ 非該当		
	○住宅等資金貸付償還金 : 適 ・ 不適 ・ 非該当		
	○上下水道料 : 適 ・ 不適 ・ 非該当		
	○下水道受益者負担金 : 適 ・ 不適 ・ 非該当		
(備考)			
(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	今年度の 既助成金額	円
		今回の 助成決定金額	円