様式第１号(第６条関係)

不妊治療応援事業助成金申請・請求書

年　　　月　　　日

関係書類を添えて次のとおり不妊治療応援事業助成金の交付を申請・請求します。

有田町長　様

申請・請求額　金額　　　　　　　　　　　　　円

|  |  |
| --- | --- |
| 助成対象治療費（一部負担金）※高額医療費適用後 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 佐賀県助成金見込み額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 夫 | 妻 |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　㊞ | 　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 住　　所 | 〒有田町 | 〒有田町 |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 電話番号 |  |  |

　　　※㊞は認印可です。

〇振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  |  |  |
| 預金種類 | 普通　・　当座 | 支店名 |  |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　〇添付書類

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 受診等証明書 | 有田町不妊治療応援事業に係る受診等証明書（様式第２号） |
| 2 | 領収書 | 今回の治療期間の領収書 |
| 3 | 預金通帳の写し | 助成金の振込先の通帳 |
| 4 | 夫婦が別世帯に属する場合は住民票謄本 | 住所及び婚姻関係を確認します。① 続柄、筆頭者の記載があるもの② 交付日は３か月以内のもの |
| 5 | 佐賀県不妊治療助成事業の助成を受ける場合（予定を含む）には、決定通知書の写し |

　　※１月までに治療が終了した場合は、３月末までに申請してください。

　　※２月～３月に治療が終了した場合は、５月末までに申請してください。