

玉城町特定不妊治療費助成事業申請書
 （第2子以降の特定不妊治療に対する助成回数追加事業用）

年 月 日

（宛先）玉城町長

玉城町特定不妊治療費助成金の交付を受けたいので、次のとおり必要書類を添えて申請します。

夫	(ふりがな) 氏名	()	昭・平 年 月 日生 (歳)
	生年月日		
	住所	〒 自宅 ()	
	電話番号	携帯 ()	
妻	(ふりがな) 氏名	()	昭・平 年 月 日生 (歳)
	生年月日		
	住所	〒 自宅 ()	
	電話番号	携帯 ()	
① 過去に特定不妊治療費助成金を受けた回数（※③を除く。）をご記入ください。 通算 () 回 助成金を受けた自治体は 1 三重県 2 その他 () ② 特定不妊治療費助成を初めて受けた時の助成申請年度及びその助成対象となった治療の開始日時点での妻の年齢をご記入ください。 年度 () 妻 () 歳 ③ 過去に第2子以降の特定不妊治療に対して追加で助成を受けた回数をご記入ください。 通算 () 助成金を受けた自治体は () 市・町			
交付を受けようとする 助成金の申請額			※助成金交 付決定額

振込先

振込口座 （申請者の 口座に限り ます。）	金融機関名	銀行 金庫 農協						本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()				
	口座番号							(左詰記入)

同意書

<ul style="list-style-type: none"> ・ 住所等の必要事項を調査することを承諾します。 ・ 過去の特定不妊治療費の受給状況について、玉城町が必要に応じて他の自治体へ照会すること及び玉城町における交付決定情報を必要に応じて他の自治体へ提供することを同意します。 ・ この申請書の記載事項に相違ありません。 	夫 氏名 _____ 印 妻 氏名 _____ 印
--	----------------------------------

※太枠の中をご記入ください。