

別記

第1号様式（第4条関係）

中種子町離島地域不妊治療支援事業助成金交付申請書

年 月 日

中種子町長 様

中種子町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	印	生年月日	昭和 平成	年 月 日
	住所	〒 電話			
配偶者	フリガナ 氏名	続柄(夫・妻)	生年月日	昭和 平成	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. 特定不妊治療受診等証明書 2. 保険適用による特定不妊治療を行う医療機関が発行する特定不妊治療費領収書の写し 3. 交通費及び宿泊費の領収書 4. 町税を滞納していないことの証明書（納税証明書等）				