

# 朝日町男性不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

朝日町長 殿

申請者 住所 朝日町  
氏名 印  
電話

下記のとおり朝日町男性不妊治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

対象者	夫の氏名		生年月日	年	月	日( 歳)
	妻の氏名		生年月日	年	月	日( 歳)
※今回申請する治療の開始日(受診証明書の「今回の治療期間」の初日)における年齢を記入してください。						
申請額			金 _____ 円			
確認事項 (必ずどちらかに ☑してください)	<input type="checkbox"/> 不妊治療費助成事業(体外受精・顕微授精)と同時に申請します <input type="checkbox"/> 男性不妊治療費助成申請のみ提出します (採卵前に男性不妊治療を行ったが、精子が採取できずに治療が終了したため)					
振込先	口座振替 指定金融機関	銀行 本店 金庫 支店 農協 支所				
	指定口座	1 普通 2 当座	口座番号 (右詰で記入)			
	ふりがな					
	口座名義					
<p>朝日町長あて この申請に必要な要件を確認するため、住民基本台帳の状況及び町税等に関する公簿を閲覧及び調査することに同意します。 (本人自署の場合、印鑑を省略できます。)</p> <p style="text-align: right;">夫氏名 印</p> <p style="text-align: right;">妻氏名 印</p> <p>※同意されない場合は、婚姻関係、住所及び住民となった日を確認できる書類及び納税を確認できる書類を提出ください。</p>						

※太枠内をご記入ください。

- (添付書類) 1 富山県男性不妊治療費助成事業受診証明書(コピー)  
 2 当該不妊治療費(男性不妊治療)に係る領収書(原本)  
 3 富山県特定不妊治療助成事業実施要綱による助成の額を確認することができる書類(原本)  
 4 婚姻関係又は事実婚関係を確認できる書類  
 ※ 法律上の夫婦であって同一世帯にない夫婦又は事実婚関係にある夫婦の方が申請する場合に必要となります

(保健センター記入欄)

県の助成 ( ) 受けた ( ) 申請中 ( ) 申請しない 理由( )
---

申請受理年月日
---------