

不妊症診断検査費助成申請書

受給者番号	
-------	--

年 月 日

（あて先）
笠松町長

関係書類を添えて、下記のとおり不妊症診断検査費の助成を申請します。

		ふ り が な 氏 名	生 年 月 日
対 象 者	夫		年 月 日（ 歳）
	妻		年 月 日（ 歳）
	住 所	〒	電話（ ）
	夫と妻の住所が異なる場合に は、本欄にも記入（*1）	〒	電話（ ）
申請の適正を判断するために必要な場合は、医療機関に対する検査内容等の照会について同意します。			
申請者 _____ 印 申請者の配偶者 _____ 印			
申請額 金 _____ 円（検査に直接要した費用。ただし、3万円を超える場合は3万円とする。）			
申請受理年月日		年 月 日	

*1 夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

注) 太枠の中をご記入ください。

- (添付書類) 1 不妊症診断検査受診等証明書（様式第3号）
 2 不妊症診断検査を受けた医療機関発行の領収書
 3 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明する書類
 4 夫及び妻の住所を確認できる書類