

様式第 1 号（第 6 条関係）

甲佐町一般不妊治療（人工授精）費助成事業申請書

年 月 日

甲佐町長 様

申請者 住 所
氏 名 印
電話番号

甲佐町一般不妊治療（人工授精）費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、以下のとおり申請します。

	氏名	生年月日
夫		年 月 日（ 歳）
妻		年 月 日（ 歳）
住所	〒 -	
住所 （※1）	〒 -	

※1 単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合等に記入する。

【 添付書類 】

- 1. 甲佐町一般不妊治療（人工授精）費助成事業受診等証明書
- 2. 一般不妊治療に係る領収書
- 3. 住所地が証明できる書類（住民票等）
- 4. 婚姻関係が証明できる書類（住民票等）
- 5. 夫及び妻の前年所得（1 月から 5 月までに申請をする場合は、前々年の所得）が証明できる書類（所得証明書等）
- 6. 町税等に未納がないことが証明できる書類（納税証明書等）