

様式第1号（第5条関係）

芦屋町不妊治療費助成事業申請書

太枠内に必要事項を記入してください。

	夫	妻
ふりがな 氏名		
生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
住所・ 電話番号	(〒 -)	TEL:
夫婦の住所が 異なる場合(夫婦 の住所が異なる場合と は、単身赴任等で夫と 妻が異なる住所を有す る場合を言う。)	(〒 -)	TEL:
過去の 助成回数等	・県で助成を受けた年度・回数 ()	
	・本町で助成を受けた年度・回数 ()	
	・他の市町村で助成を受けた年度・回数 ()	
申請金額	円	
<p>上記のとおり関係書類を添えて、芦屋町不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定により不妊治療費の助成を申請します。</p> <p>なお、本申請書の提出をもって、引き続き芦屋町へ1年以上居住し、引き続き自治区に加入する意思表示とします。</p> <p>また、私たちの住所及び町税等の納付状況の確認のため、芦屋町の職員が公簿等を閲覧することを承諾します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>芦屋町長 様</p> <p>申請者氏名 夫 <input type="checkbox"/>※ 妻 <input type="checkbox"/>※</p> <p style="text-align: right;">※本人が自署する場合、印鑑は不要です。</p>		

(町記載欄)

申請受理 年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
受給者番号		過去の助成の有無	有 ・ 無
算定額	費用額 (A)		円
	県助成額 (B)		円
	助成対象額 (A-B)		円
	助成金額		円
審査	定住日	(夫: 年 月 日) (妻: 年 月 日)	
	町税等の納付状況	完 納 ・ 不 納	
	今回の助成決定額		円
<p>年 月 日 <input type="checkbox"/>福岡県から発行された「不妊治療費助成承認決定通知書」<input type="checkbox"/>不妊治療費助成事業受診等証明書</p> <p><input type="checkbox"/>治療に要した領収書<input type="checkbox"/>芦屋町不妊治療費助成申請者調書<input type="checkbox"/>自治区所属証明書<input type="checkbox"/>通帳</p> <p><input type="checkbox"/>申請者確認 夫(保・運・診・他()) 妻(保・運・診・他()) <input type="checkbox"/>夫婦住基登録確認 処理者 _____</p>			