

別記様式第1号（第6条関係）

むかわ町不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）むかわ町長

申請者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号

むかわ町不妊治療費助成金について、関係書類を添えて申請します。

(ふりがな) 夫の氏名		夫 の 生年月日 (年齢)	年	月	日
			(歳)	
(ふりがな) 妻の氏名		妻 の 生年月日 (年齢)	年	月	日
			(歳)	
助成申請額	円				
北海道による助成の有無	有 無	(助成金額	円)		
治療の対象となる子	第1子 ・ 第2子				

（添付書類）

- 1 不妊治療受診等証明書（別記様式第2号）
- 2 助成対象治療に係る医療機関発行の領収書
- 3 北海道特定不妊治療費助成事業の決定を受けている者は助成決定通知書の写し

この申請に係る世帯の町税等収納状況を町が調査することを承諾します。

申請者氏名

⑩

※以下は記入不要です。（町記入欄）

申請内容	特定不妊治療 ・ 一般不妊治療
助成履歴	<input type="checkbox"/> 一 般 1・2・3 年目 既交付額 () 円 <input type="checkbox"/> 特 定 () 回目 道助成事業適用通算回数 () 回
助成の可否	承認・不承認（理由)