様式第1号（第６条関係）

朝日村不育症治療費助成金交付申請書

　年　　月　　日

朝日村長　　宛て

朝日村不育症治療費助成金の交付を受けたいので下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | 氏　　名 | 生年月日 | 村への住民登録開始 |
| 夫 |  | 年　　月　　日 | 年　　月から |
| 妻 |  | 年　　月　　日 | 年　　月から |
| 住　　所 | 朝日村大字 |
| （夫婦で住所が異なる場合はその理由） |
| 電話番号 | （昼間連絡が取れる番号を記載してください。） |
| 婚姻年月 | 年　　　月　　　日 |
| 申請回数 | 回目（前回　　　　年度） |
| 申 請 額（自己負担額） | 金　　　　　　　　　円（金　　　　　　　　　円） |
| その他 |  |

　（注）１　太枠の中を記入してください。

　　　　２　不育治療と認められない経費等については助成対象になりません。

（添付書類）

　１　朝日村不育症診断等証明書（様式第２号）

　２　不育症の診断をした医師と治療を実施した医師が違う場合は不育症治療実施証明書

（様式第３号）

　２　不育症治療に係る領収書の原本（原本を必ずお持ちください。原本確認後、写しを取り、お返しします。）

　３　納税証明書若しくは税等情報の閲覧に関する同意書