

様式第1号（第5条関係）

特定不妊治療費助成申請書

年 月 日

奥出雲町長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号 () -

奥出雲町特定不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり治療費の助成を申請します。

1 申請金額

申請金額	金 _____ 円	〔1回の助成限度額75,000円〕 〔1年度2回まで〕
	<内 訳> 本人支払額 _____ 円（別添領収書のとおり） 島根県助成額 _____ 円 差 引 _____ 円	
既助成額	年 月 日交付	円

2 申請者の状況

	夫	妻
ふりがな		
氏 名		
生年月日	年 月 日	年 月 日
住所(※)	〒 -	〒 -
電話番号	() -	() -

※夫婦の住所は申請者と同一の場合は申請者欄の記載のみで、単身赴任等で夫婦住所が異なる場合はそれぞれ記載してください。