

特定不妊治療費助成事業申請書

平成 年 月 日

愛知県知事殿

(申請者)

住所

氏名

(口座名義人と同一)

電話番号

印

(2枚とも押印)

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

記

		前回の助成金申請年月		平成	年	月	日
対象者		(ふりがな) 氏名<自署又は記名押印>		生年月日			
	夫	()		昭和 平成	年	月	日生 (歳)
	妻	()		昭和 平成	年	月	日生 (歳)
	住所(※1)	〒 -		電話 ()			
	住所(※2)	〒 -		電話 ()			
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所			
	預金種別	普通	(ふりがな) 口座名義人	()			
		当座	(申請者と同一)				
	口座番号						(左詰記入)
申請額		金		円		(千円未満端数切捨)	

過去にこの助成金を受けたことがありますか。
 ない ・ ある → 過去 () 回受けた
 助成金を受けた自治体は
 (愛知県 ・ 名古屋市 ・ 豊橋市 ・ 岡崎市 ・ 豊田市 ・ その他())

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号		所得額を証明する書類 添付省略の有無	省略有 ・ 省略無

注) 太枠の中をご記入ください。

※1 : 夫婦の住所を記入

※2 : 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入

- (添付書類)
1. 特定不妊治療費助成事業受診等証明書、領収書
 2. 戸籍謄本又は戸籍抄本 (夫婦それぞれの戸籍内容が分かるもの)
(外国人にあつては、外国人登録原票記載事項証明書)
 3. 夫及び妻の所得額を証明する書類 (市町村が発行する所得証明書等)

請 求 書

平成 年 月 日

愛 知 県 知 事 殿

住 所

氏 名

(口座名義人と同一)

電話番号

印

(2枚とも押印)

特定不妊治療費の助成が決定された場合、下記の金額を請求します。

記

		前回の助成金申請年月		平成 年 月	
対 象 者		(ふりがな) 氏 名<自署又は記名押印>		生年月日	
	夫	()		昭和 平成	年 月 日生 (歳)
	妻	()		昭和 平成	年 月 日生 (歳)
	住所(※1)	〒 -		電話 ()	
	住所(※2)	〒 -		電話 ()	
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所	
	預金種別	普通	(ふりがな) 口座名義人	()	
		当座	(申請者と同一)		
口座番号					(左詰記入)
請 求 額		金 円		(千円未満端数切捨)	

過去にこの助成金を受けたことがありますか。
 ない ・ ある → 過去 () 回受けた
 助成金を受けた自治体は
 (愛知県 ・ 名古屋市 ・ 豊橋市 ・ 岡崎市 ・ 豊田市 ・ その他())

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号		所得額を証明する書類 添付省略の有無	省略有 ・ 省略無