

府 中 町 長

申請者氏名 _____

関係書類を添えて、次のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

なお、私及び配偶者の町税の納付状況及び住民基本台帳等の情報について、府中町において調査・閲覧することに同意します。

		ふりがな 氏 名	生年月日					
助成対象者	夫		昭和 平成	年	月	日	(歳)	
	妻		昭和 平成	年	月	日	(歳)	
	住所	〒 _____						電話 () _____
	住所(※)	〒 _____						電話 () _____
助成申請額		特定不妊治療費 (医療機関の証明金額 _____ 円) × 1/2 = _____ 円 申請金額 <u>A</u> _____ 円 ※1,000円未満切捨て ※5万円を超える場合は、5万円と記入					合計申請額 (A+B) _____ 円	
		男性不妊治療費 (医療機関の証明金額 _____ 円) × 1/2 = _____ 円 申請金額 <u>B</u> _____ 円 ※1,000円未満切捨て ※5万円を超える場合は、5万円と記入						
過去の助成歴		1 令和4年4月1日以降に府中町からこの助成を受けましたことがありますか 特定不妊治療費 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 過去 () 回受けた 男性不妊治療費 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 過去 () 回受けた 2 この助成を初めて受けた(受ける)際の治療開始時の妻の年齢 () 歳						
振込先	金融機関名	銀行 金庫 _____ 店 組合 農協 _____ 所						
	預金種別	普通 当座	口座名義 (カタカナ)					
	口座番号	_____	_____	_____	_____	_____	(右詰記入)	

(※) 申請者とその配偶者の住所が異なる場合に記入してください。