

様式第 1 号 (第 7 条関係)

斜里町不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

斜里町長 様

申請者 住 所 斜里町
氏 名 ()
電 話 ()

斜里町不妊治療費助成金を交付されるよう、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)
不妊治療の費用	円		
不妊治療を受けた医療機関	所在地		
	名 称		

(添付書類)

- 1 不妊治療受診等証明書
- 2 不妊治療を受けた医療機関及び当該医療機関が処方した不妊治療のため処方薬に係る調剤薬局発行の領収書
- 3 北海道特定不妊治療助成事業交付決定通知書の写し