

様式第 1 号 (第 5 条関係)

令和 年 月 日

軽井沢町長 様

申請者 住 所 軽井沢町
氏 名 (夫)
(妻)
個人番号 (夫)
(妻)
連絡先 (電話)

不妊治療費等補助金交付申請書兼実績報告書

不妊治療費等の補助金の交付を受けたいので、関係書類を添付して申請します。なお、軽井沢町不妊治療費補助金交付要綱第6条に規定する審査に関し、住民基本台帳の記録の状況及び町税の納付状況について照会すること並びに医療機関に検査内容を確認することについて同意します。

補助金交付申請額 円

- (添付書類) 1 治療補助を受けようとする場合にあっては、不妊治療に係る医師の証明書(様式第2号)
- 2 検査補助を受けようとする場合にあっては、不妊検査に係る医師の証明書(様式第3号)
- 3 不妊治療等を受けた医療機関の領収書の写し
- 4 その他町長が必要と認める書類