

様式第1号 (第4条関係)

マイベイベー支援事業助成金交付申請書

年 月 日

(あて先)
小鹿野町長 様

マイベイベー支援事業助成金の交付を受けたいので、小鹿野町マイベイベー支援事業実施要綱第4条第1項の規定により、次のとおり申請します。

また、申請内容を確認するため、町が保有する個人情報を利用し、治療内容等について関係機関へ照会することに同意します。

申請者	夫	ふりがな		生年月日	年 月 日	
		氏名		(年齢)	(歳)	
		現住所	〒			
		電話番号	【自宅・携帯・その他()】			
	妻	ふりがな		生年月日	年 月 日	
		氏名		(年齢)	(歳)	
現住所		〒				
電話番号		【自宅・携帯・その他()】				
申請内容	助成対象額 (様式2号(C)) 合計		円			
	埼玉県不妊治療助成金		円			
	交付を受けようとする助成金の額		円			
計算式: (様式2号(C)) - (埼玉県不妊治療助成額) ※埼玉県不妊治療助成交付決定通知書添付						
添付書類	添付したものにチェック <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> マイベイベー支援事業実績報告書 <input type="checkbox"/> 治療費領収書 <input type="checkbox"/> 事実婚関係に関する申立書 <input type="checkbox"/> 町税の滞納のない証明書 (夫と妻) <input type="checkbox"/> 埼玉県不妊治療助成交付決定通知書 (写) ※申請している場合					
認知の意向	(事実婚夫婦のみ) 生まれた子は認知する意向である <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					

職員記入欄

受給者番号		助成回数	回	埼玉県不妊治療助成交付決定通知の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
書類確認	<input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 実施証明書 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 町税の滞納のない証明書 (夫と妻)				
要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻関係 <input type="checkbox"/> 住所				
助成内容	治療費支払額	円	助成対象額	円	
決定内容	支給決定額	円	支給決定年月日	年 月 日	