

伊江村不妊治療費等助成事業受給資格認定申請書

申請日 令和 年 月 日

伊 江 村 長 殿

申請者 :住所
:氏名

伊江村不妊治療費等助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費等助成事業受給資格認定を申請します。

記

(ふりがな) 氏 名 生年月日	夫 年 月 日 (歳)	妻 年 月 日 (歳)
住 所	〒 電話番号(- -)	
夫婦の住所 が異なる場 合※	〒 電話番号(- -)	

※ 夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

同意書	本申請の審査において、夫婦の村税、国民健康保険税、水道使用料、村営団地の使用料等の村に対する収納状況を閲覧することに同意します。 氏 名 夫 印 妻 印
-----	--