

様式第1号

不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

新得町長

申請者 住 所

氏 名 ⑩

電話番号

不妊治療費助成金について、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)
助成申請額		円	
北海道による助成の有無		有 (助成金額 円) 無	

(添付書類)

- 1 不妊治療受診等証明書(別記様式第2号)
- 2 助成対象治療に係る医療機関発行の領収書
- 3 北海道特定不妊治療費助成事業の決定を受けている者は助成決定通知書の写し

この申請に係る世帯の町税等収納状況を町が調査することを承諾します。

申請者氏名 ⑩

振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店・支店 本所・支所
	貯金種類	普通 当座	口座番号	
	フリガナ			
	名 義 人			

※以下は記入不要です。(町記入欄)

課税状況	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当
納税状況	<input type="checkbox"/> 完納	<input type="checkbox"/> 未納
助成の可否	承認・不承認(理由 )	