

不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

新 得 町 長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号

不育症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	

添付書類

1. 不育症治療受診証明書 (別紙様式第2号)
2. 助成対象治療に係る医療機関発行の領収書

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いたします。

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
納付状況	<input type="checkbox"/> 完納	<input type="checkbox"/> 未納
助成の可否	承認・不承認 (理由)	