

妹背牛町不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

妹背牛町長 様

住所
氏名

関係書類を添えて、次のとおり不妊治療費の助成を申請いたします。

	夫		妻	
(フリガナ) 氏名				
生年月日	年 月 日生 () 歳		年 月 日生 () 歳	
住所	妹背牛町 電話番号			
過去の助成利用	過去にこの助成金を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 助成を受けた回数:()回、自治体名:() 助成内容:()			
申請額				
①保険適用	円		①+②+③+④ 申請額 円	
②先進医療	円			
③交通費	円			
④文書料	円			
振込先	金融機関名	支店名	種類	口座番号
	<input type="checkbox"/> JA北いぶき <input type="checkbox"/> 北空知信金 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 妹背牛支店 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
	口座名義人(カタカナ) (注) 原則、申請者と同一人物としてください。			

- 添付書類 ①妹背牛町不妊治療費(保健適用)助成事業受診等証明書【様式第2号】
 ②妹背牛町不妊治療費(先進医療)助成事業受診等証明書【様式第3号】
 ③治療の確認ができる領収書(①②の受診証明書の発行に要した文書料を含む)
 ④その他、町長が必要と認める書類

申請にあたり、必要に応じ、住民基本情報、納税状況などの個人情報を見直し、確認することを承諾します。

(夫) 氏名	(妻) 氏名
-----------	-----------

(注) 夫婦両方の署名が必要です。