

度会町不育症治療費助成事業申請書

年 月 日

度会町長 宛

度会町不育症治療費等助成金の交付を受けたいので、次のとおり必要書類を添えて申請します。

夫	(ふりがな) 氏 名	()	年 月 日生 (歳)	
	生年月日			
	住所	〒 自宅 ()		
	電話番号	携帯 ()		
妻	(ふりがな) 氏 名	()	年 月 日生 (歳)	
	生年月日			
	住所	〒 自宅 ()		
	電話番号	携帯 ()		
過去の不育症治療費助成受給の状況 (※該当する番号に○を記入・夫婦双方について記入) 過去の不育症治療費助成受給の有無 1. 無 2. 有 (2. 有 に○を記入した方のみ次のことに御回答ください。 助成を受けた自治体名 県 ・ 市 町 村 助成を受けた時期 年 月～ 年 月				
交付を受けようとする 助成金の申請額		※助成金交 付決定額		

振込み先

振込口座 (申請者の 口座に限り ます。)	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所						
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人		()			
	口座番号							(左詰記入)

同意書

・ 住所等の必要事項を調査することを承諾します。	
・ 過去の不育症治療費の受給状況について、度会町が必要に応じて他の自治体に照会すること及び度会町における交付決定情報を必要に応じて他の自治体に提供することを同意します。	
・ この申請書の記載事項に相違ありません。	
夫	氏名 _____ 印
妻	氏名 _____ 印

※太枠の中を御記入ください。