

八百津町不育症治療費助成事業申請書

平成 年 月 日

八百津町長 様

関係書類を添えて下記のとおり不育症治療費の助成を申請します。

申請者名 _____ 印

申請者の配偶者名 _____ 印

		(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日				
対 象	夫	()	昭和 平成	年	月	日	(歳)
	妻	()	昭和 平成	年	月	日	(歳)
者	住 所	〒 八百津町 電話 ()					
	(夫と妻の住所が異なる場合は、本欄にも記入)	(夫 ・ 妻 の住所) 〒 電話 ()					
申請額		助 成 申 請 額 _____ 円 (対象費用の1/2、ただし、5万円を超える場合は、5万円)					
過去の助成の有無等 (該当する箇所に○を付けるか、又はご記入ください)		過去に、他の市町村から不育症治療にかかる助成を受けたことがありますか。(現在申請中のものも含まれます。) ・ ない ・ ある ある場合、過去 () 回受けた 助成金を受けた自治体は(_____ 県・ _____ 市町村)					
振込先	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)	
申請受理年月日		平成 年 月 日			(承認・不承認)		平成 年 月 日
		決 定 年 月 日					

注) 太枠の中をご記入ください。

- (添付書類) 1. 八百津町不育症治療費助成事業受診等証明書 (様式第2号)
 2. 治療を受けた医療機関・調剤薬局発行の領収書
 3. 夫及び妻の住所を確認できる書類
 4. 夫及び妻の前年の所得を証明する書類 (3・4については同意書への記入で省略可)