

第1号様式（第4条）

酒々井町不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）酒々井町長

下記のとおり不育症治療費の助成を受けたいので、酒々井町不育症治療費助成要綱第4条の規定により関係書類を添えて申請します。

なお、審査にあたり、住民基本台帳、税務関係資料等を不育治療費助成金交付事務担当者が閲覧することを承諾します。

また、必要な場合には、医療機関へ照会することに同意します。

記

申請者 (妻)	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名	Ⓜ				
	住所	〒 酒々井町	電話番号			
配偶者 (夫)	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名					
	住所	〒	電話番号			
婚姻年月日		年 月 日				
医療機関	所在地					
	名称					
申請金額		円				
助成金振込先	銀行・信用金庫・農業協同組合			本店・支店		
	口座番号	普通・当座				
	ふりがな					
	口座名義人					

- 添付書類
- (1) 不育症治療実施医療機関証明書
 - (2) 不育症治療を行った医療機関が発行する領収書
 - (3) 婚姻関係及び住所が確認できる書類