

稲美町長 様

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

申請者	夫 (※1)	(フリガナ) 氏 名	年 月 日生(歳)
	妻 (※1)	(フリガナ) 氏 名	年 月 日生(歳)
	住 所 (※2)	〒	(電話番号)
	住 所 (※3)	〒	(電話番号)
申 請 額 金 _____ 円			
振込先 金融機関名	金融機関コード	支店コード	※フリガナも忘れずにご記入ください。
	銀行 信用金庫 農 協 ()	本 店 支 店 出 張 所 ()	フリガナ
			口座名義人 (※4)
普通・当座		口 座 番 号	(右詰め)
住 C	(承認・不承認)	年 月 日	助成決定額
住 C	決定年月日		円

注) 太枠の中をご記入ください。

※1：夫婦両方の記名が必要です。

※2：夫婦の住所を記入してください。

※3：夫婦の住所が異なる場合に記入してください。(夫婦の住所が異なる場合とは、町内で夫と妻が異なる住所を有する場合をいいます。)

※4：口座名義人は申請者のうちのどちらかの個人名義を記入してください。

※5：この申請書の提出により、申請者両方が上記振込先への助成金の振込みに同意したものとみなします。