

様式第1号(第5条関係)

稲美町一般不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

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
	普通・当座		口座番号		口座名義人 (※4)
※該当する場合のみチェックし日付を記入すること					
<input type="checkbox"/> この申請には、夫婦がはじめて行った検査であり、 かつ夫婦で3か月以内に行った検査が含まれます。			夫検査日 (年 月 日)		
			妻検査日 (年 月 日)		
住C		(承認・不承認)	年 月 日	助成決定額	円
住C		決定年月日			

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。