

稲美町不育症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不育症治療費等の助成を申請します。

記

申請者	夫 (※1)	(フリガナ) 氏 名	Ⓜ	年 月 日生 ( 歳)	捨印
	妻 (※1)	(フリガナ) 氏 名	Ⓜ	年 月 日生 ( 歳)	
	住所 (※2)	〒 (Tel )			
	住所 (※3)	〒 (Tel )			
申請額 金 _____ 円 通算 回目申請 前回申請 _____ 年 月 日					
金融機関コード		支店コード		※フリガナは必ずご記入ください。	
振込先 金融機関名	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)	
口座番号			(右詰め)	普通・当座	
申請受理 年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	助成決定額	円

注) 太枠の中をご記入ください。

※1：夫婦両方の記名押印が必要です。別々の印鑑を使用してください。

※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。

- (添付書類)
- 1 稲美町不育症検査・治療実施証明書(様式第2号)
  - 2 本人負担額を確認することができる領収書
  - 3 戸籍抄本その他法律上の夫婦であることを証明する書類
  - 4 健康保険証等の写し
  - 5 所得を証明する書類
  - 6 稲美町税納付状況確認承諾書(様式第3号)