

知内町不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

知内町長 様

申請者 住所
氏名
電話番号 ()

知内町不妊治療費助成事業実施要綱第7条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

(ふりがな) 夫の氏名	()	生年月日	年 月 日	年齢	歳
(ふりがな) 妻の氏名	()	生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所		〒 - 電話 ()			
(下段の欄は、夫婦の住所が異なる場合に記入して下さい)		〒 - 電話 ()			
加入医療保険	夫	【保険種別】国保・組国保・健保・共済・その他()			
	妻	【保険種別】国保・組国保・健保・共済・その他()			
治療の方法又は名称等					
申請金額		金 円			
北海道による助成の有無		有・無	有の場合助成金額	円	
今回の治療に要した経費		治療費の総額 円			
		うち、助成対象額(自己負担額) 円			
本年度の申請回数		第 回目 (通算第 回目)			
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店	預金種別	普通座 その他
	口座番号	(ふりがな) 口座名義人			
誓約・同意書					
私たちは、知内町不妊治療費助成事業実施要綱に規定する交付要件に該当することを誓約します。また、交付要件の確認のため、知内町長が住民基本台帳及び町税等に関する公簿を閲覧し、及び調査することに同意します。					
年 月 日					
氏名 夫		(印)		妻 (印)	

※知内町記入欄

処理欄	申請受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
	住所・夫婦関係確認欄	町税等確認欄		備考
	有・無	有・無		