

様式第1号(第5条関係)

浦臼町不育症治療費助成事業申請書

年 月 日

浦 臼 町 長 様

住 所 浦臼町

申請者

氏 名

印

浦臼町不育症治療費助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり助成金の交付について関係書類を添えて申請します。

(ふりがな) 氏 名	夫	()	生 年 月 日	年 月 日生 (歳)
	妻	()		年 月 日生 (歳)
住 所	〒 電話			
住所 1 (夫・妻)	〒 1 夫婦の住所が異なる場合に記入してください 電話			
添付書類	1 浦臼町不育症治療費助成事業受診等証明書 2 2 治療に係る領収書の写し 2 3 住民票 4 戸籍謄本(住民票で続柄を確認できる場合を除く) 2 北海道不育症治療費助成決定通知書の写しを提出した場合は、添付書類1・2の提出を省略することが可能です。			

下記のとおり口座振込による支払を依頼します。

振込先金融機関の名称及び口座番号等		
振込先金融機関の名称	口座番号	口座名義
銀 行 本店	普通	ふりがな()
信用金庫 支店		
農 協 支所	当座	

上記申請について、町税及びの使用料等の納付状況について、職権で調査されることに同意します。 申請者(夫) 氏 名 印 申請者(妻) 氏 名 印
