

様式第 1 - 1 号 ( 第 5 条関係 )

浦臼町特定不妊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

浦臼町特定不妊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 浦臼町特定不妊治療費助成事業受診等証明書 2 特定不妊治療に係る領収書の写し 3 住民票 4 戸籍謄本 (ただし、住民票で続柄を確認できる場合は除く) 北海道特定不妊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	

<p>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。</p> <p style="text-align: right;">申請者(夫) 氏 名 印 申請者(妻) 氏 名 印</p>
--

