

様式第1号（第7条関係）

三種町一般不妊治療・不育症治療費助成金申請書

年 月 日

三種町長 様

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____ ㊟
 電話番号 _____

三種町一般不妊治療・不育症治療費助成金について、関係書類を添えて申請します。
 なお、住民基本台帳情報等の交付申請の審査に必要な情報について、調査することに同意します。

住 所		氏 名		生年月日
夫			年 月 日	
妻			年 月 日	
交付申請額		円		
医療機関名				
添付書類		1 一般不妊治療費又は不育症治療費助成事業医療機関受診証明書 2 医療機関の発行した不妊治療費の領収書の写し 3 夫婦の戸籍謄本 4 夫及び妻の納税証明書 5 夫及び妻の健康保険証の写し		
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義	(カカ)		