

川越町不育症治療費助成事業申請書

年 月 日

川越町長 様

次のとおり、不育症治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、審査に当たり必要な場合は、医療機関又は住民基本台帳等を調査することに同意します。

夫	ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)		
	氏名					
	住所		電話番号			
妻	ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)		
	氏名					
	住所		電話番号			
過去にこの助成金を受けたことがありますか。						
1 ない						
2 ある 今回の申請は () 年目、今年度 () 回目、通算 () 回目 助成金を受けた自治体は (県・ 市町村)						
申請額				円		
助成金振込先	金融機関名	銀行・農協 信漁連・信金			本店・支店 出張所	
	口座番号	普通 当座				
	ふりがな					
	口座名義人					

添付書類

- 川越町不育症治療費助成事業受診等証明書（様式第10号）
- 医療機関発行の領収書（原本）
- 世帯全員の住民票（住民票により夫婦であることが確認できない場合は戸籍謄本を併せて添付）