

小川町早期不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

次のとおり、標記助成事業における助成支給を申請します。

夫	ふりがな					生 年 月 日	年 月 日 () 歳
	氏名						
	現住所	〒					
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入					
妻	ふりがな					生 年 月 日	年 月 日 () 歳
	氏名						
	現住所	〒					
	電話番号	【自宅・携帯・その他()】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入					
不妊治療期間		年 月 日～		年 月 日			
申請額		円（千円未満切り捨て）					
小川町長 宛て 申請日： 年 月 日 申請者氏名 _____ 印 （夫又は妻が記名押印）							
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店（支所） 出張所			
	預金の種類	普通	フリガナ	(夫または妻の名義の口座を記入)			
		当座	口座名義人				
口座番号						(口座番号は右詰記入)	

同 意 書	
助成要件の審査に当たり、町が住民基本台帳及び町税の納付状況について確認することに同意します。	
夫の氏名 _____	印
妻の氏名 _____	印

町記入欄

申請受理年月日	年 月 日	受給者番号				
要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 県初回助成 <input type="checkbox"/> 治療開始時の妻の年齢が35歳未満					
	<input type="checkbox"/> 町税の納付状況 <input type="checkbox"/> 治療内容 <input type="checkbox"/> 小川町他助成歴の有無 <input type="checkbox"/> 申請期間					
助成結果	<input type="checkbox"/> 承認 助成対象額	支給決定額	承認・不承認年月日			
	<input type="checkbox"/> 不承認 円	円	年 月 日			