

府中町不育症治療費助成申請書

年 月 日

府中町長

申請者氏名 _____

関係書類を添えて、次のとおり不育症治療費の助成を申請します。

なお、府中町不育症治療費助成事業実施要綱第 6 条第 1 項の規定により、私及び配偶者の町税の納税状況及び住民基本台帳等、審査に必要な事項について照会されることを承諾します。

		ふりがな 氏 名		生 年 月 日									
助 成 対 象 者	夫			年 月 日 (歳)									
	妻			年 月 日 (歳)									
	住所	〒 電話 ()											
	住所(※)	〒 電話 ()											
助 成 申 請 す る 不 育 症 治 療 期 間		年 月 日から 年 月 日まで											
助 成 申 請 額		_____ 円											
不育症治療に係る他の 地方公共団体等の助成 (予定を含む)の有無		☐ なし ☐ あり → <table border="0"> <tr> <td colspan="2">・助成団体名_____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">・金 額 _____ 円</td> </tr> </table>								・助成団体名_____		・金 額 _____ 円	
・助成団体名_____													
・金 額 _____ 円													
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行・金庫 店 組合・農協 所											
	預 金 種 別	普 通 当 座	口座名義 (カナ) ※申請者名義のもの										
	口 座 番 号								(左詰記入)				

注) 太枠の中を記入してください。

※申請者とその配偶者の住所が異なる場合に記入してください。