

様式1号(第5条関係)

南伊勢町不育症治療費助成事業申請書

年 月 日

(宛名) 南伊勢町長

南伊勢町不育症治療費助成金の交付を受けたいので、次のとおり必要書類を添えて申請します。

		助成回数		回
夫	(ふりがな) 氏名	生年月日	年 月 日	
	住所 〒	電話番号	自宅 () 携帯 ()	
妻	(ふりがな) 氏名	生年月日	年 月 日	
	住所 〒	電話番号	自宅 () 携帯 ()	
過去の不育症治療費受給の状況(夫婦双方について記入してください) 過去の不育症治療費受給の有無 1 無 2 有 (該当する番号に○を付けてください) (2に○をつけた方のみ回答してください) 助成を受けた自治体名 _____ 都・道・府・県 _____ 市・町・村 _____ 助成を受けた時期 _____年____月____日 _____年____月____日 _____年____月____日 _____年____月____日				
交付を受けようとする助成金の申請額		円	※助成金交付決定額	円
受付年月日		(助成・却下) 決定年月日		

振込先

振込口座【申請者の口座に限り ます。】	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所		
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	
	口座番号			(左詰記入)

同意書

<p>・住所、所得状況等の必要事項を調査することに同意します。</p> <p>・過去の不育症治療費の受給状況について、南伊勢町が必要に応じて他の自治体へ照会すること及び南伊勢町における交付決定情報を必要に応じて他の自治体へ提供することを同意します。</p> <p>・この申請書の記載事項に相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">夫 氏名 _____ 印 妻 氏名 _____ 印</p>
--

注) 太枠の中を記入してください。

- (添付書類) 1. 不育症治療受診等証明書 2. 法律上の婚姻関係にあることを証明する書類
3. 申請者及び配偶者の所得を証明する書類 4. 医療機関発行の領収書