

南伊勢町一般不妊治療費助成事業申請書

関係書類を添えて、一般不妊治療費の助成を申請します。

		(ふ り が な)				
		氏 名	生 年 月 日			
	夫	()	昭和			
			平成	年	月	日生 (歳)
	妻	()	昭和			
			平成	年	月	日生 (歳)
	住所 (※1)	〒	電話 ()			
			携帯 ()			
	住所 (※2)	〒	電話 ()			
			携帯 ()			
過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去 () 年受けた。 今年度の申請は (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 年目						
申請者氏名 (夫及び妻の記名押印) _____ 印 _____ 印 * 以前の受給歴について、他自治体に確認することを同意します。						
申請額 _____ 円 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 南伊勢町長 あて						
振込先	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)

申請受理年月日	(市町)	(承認 ・ 不承認)	
県補助金 (有・無)		決定年月日	
受給者番号			

注) 太枠の中を記入してください。

※1: 夫の住所を記入する。

※2: 夫婦の住所が異なる場合、妻の住所を記入する。

(添付書類) 1. 一般不妊治療費助成事業受診等証明書 (様式第2号→医療機関の証明)

2. 医療機関発行の領収書

3. 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類 (世帯全員の住民票など)

4. 夫及び妻の所得額を証明する書類 (夫婦それぞれの控除額のわかる所得・課税証明書)