

様式第1号
(第4条関係)

山ノ内町不妊及び不育症治療補助金交付申請書(実績報告書)

年 月 日

山ノ内町長 様

申請者

住 所 山ノ内町

氏 名

㊞

電 話 ()

平成 年度において不妊及び不育症治療補助金の交付を受けたいので、山ノ内町不妊及び不育症治療補助金交付要綱に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

交付申請額		円										
加 入 医 療 保 険	夫	氏 名	(どちらかに○) 本人・被扶養									
		保険者名 (発行機関)	保険者番号									
	妻	氏 名	(どちらかに○) 本人・被扶養									
		保険者名 (発行機関)	保険者番号									
婚姻年月日等		年 月 日										

口座振込 金融機関	(金融機関名)	(支店名)	口座種別 普通・当座	口座名義人	フリガナ
--------------	---------	-------	---------------	-------	------

なお、本申請に係る必要事項の確認のため、担当職員が私の住民票及び課税台帳等税関係書類を閲覧すること、県助成関係を県に照会することについて同意します。

夫 _____ ㊞ 妻 _____ ㊞

関係書類

- 1 山ノ内町不妊及び不育症治療補助事業医師証明書(様式第2号)
- 2 山ノ内町不妊及び不育症治療補助事業医療費等証明書(様式第3号)