

様式第1号(第6条関係)

粕屋町一般不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

粕屋町長 様

関係書類を添えて次のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

なお、この助成金の交付の決定に係る審査のため、町税の納付状況について関係機関から情報提供を受けることについて承諾します。

	氏 名	生年月日
夫		年 月 日
妻		年 月 日
住所	粕屋町 電話番号： ( )	
※住所	※単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合記入	
今回の申請にかかると治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
治療 医療機関	医療機関名	
	所在地	
助成対象経費に係る 他の給付実績	他の給付実績の有無 有・無 ※「有」の場合、助成を受けた給付者及びその金額 給付者名 ( ) 金額 円	
申請額	円	本人負担額の1/2 (1円未満切り捨て) 上限50,000円
助成金 振込先	銀行・農協 金庫・組合	支店 (支店番号： )
	預金種目：普通・当座・貯蓄 その他 ( )	口座番号 (左詰記入)
	フリガナ	町助成決定額 (町記入)
	口座名義人	円