

津奈木町特定不妊治療費助成事業申請書

津奈木町長 様

申請者 住所
氏名 ⑨
電話番号 - -

下記のとおり関係書類を添えて特定不妊治療費の助成を申請します。
なお、私及び私の世帯の納税状況及び水道料等税外収入の滞納状況を確認されることに世帯全員同意します。

記

- 1 配偶者氏名 _____
- 2 婚姻年月日 _____ 年 月 日
- 3 県事業の助成承認年月日 _____ 年 月 日
- 4 申請金額 _____ 円

振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協 組合	本店 支店 支所	預金種別	普通 当座
	(ふりがな) 口座名義人	()	口座番号		

注) 助成金の振込先は、上記申請者のものに限ります。

夫婦のどちらかが町外居住で非同居の場合は、下記同意書に夫婦それぞれご記入ください。

同意書

申請者氏名(自書)	⑨	生年月日	年 月 日
現住所地			
配偶者氏名(自書)	⑨	生年月日	年 月 日
現住所地			
津奈木町特定不妊治療費助成事業実施要綱に基づく申請に当たり、私たちの現住所の自治体へ特定不妊治療費助成金の交付状況を確認することに同意します。			
年 月 日			

添付書類

- (1) 熊本県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
- (2) 特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- (3) 特定不妊治療費に係る領収書の写し
- (4) 戸籍及び住民票の謄本(戸籍謄本は、住民票謄本に夫婦の氏名及び続柄の記載がある場合は不要)
- (5) 上記に掲げるもののほか、町長が必要と認める