

様式第2号(第6条関係)

三春町不育症治療費助成申請書

年 月 日

三春町長様

関係書類を添えて、下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

申請者	(ふりがな) 氏名	生年月日	個人番号
夫	()	年 月 日生 (歳)	
妻	()	年 月 日生 (歳)	
住所1	〒 連絡先(自宅) (携帯)		
住所2 ※夫婦の住所が異なる場合にご記入ください	〒 連絡先(自宅) (携帯)		
助成申請金額	円		
振込先	金融機関	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号
	(ふりがな) 口座名義人	()	
同意欄	三春町不育症治療費助成申請書(本書)の審査にあたり、次の事項について確認・照会することに同意します。 (夫) _____ (妻) _____ (同意できないものは=で抹消してください) 1. 私の戸籍の内容 2. 私の住民基本台帳 3. 私の町税の納付状況 ※添付書類は、同意により省略(代用)出来る場合があります。		

申請受理年月日	(承認・不承認)決定年月日	
	受給者番号	