

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	<p>三春町不妊治療費助成申請書(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。</p> <p>(夫) _____ (妻) _____</p> <p>(同意できないものは=で抹消してください)</p> <p>1. 私の戸籍の内容</p> <p>2. 私の住民基本台帳</p> <p>3. 私の町税の納付状況</p> <p>※添付書類は、同意により省略(代用)出来る場合があります。</p>		

申請受理年月日	(承認・不承認)決定年月日
	受給者番号